

Aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst
der Psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli, Zürich
Direktor: Prof. Dr. med. et phil. A. Uchtenhagen

Arbeit unter Leitung von Frau Dr. med. D. Zimmer-Höfler

Das Problem AIDS in der stationären Drogenrehabilitation

Eine empirische Umfrage in therapeutischen Gemeinschaften für Heroinabhängige

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Universität Zürich

vorgelegt von

MARCO OLGIATI
von Poschiavo/GR

Genehmigt auf Antrag von Prof. Dr. A. Uchtenhagen

Zürich 1987



Juris Druck + Verlag Zürich
1987



Aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst
der Psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli, Zürich
Direktor: Prof. Dr. med. et phil. A. Uchtenhagen

Arbeit unter Leitung von Frau Dr. med. D. Zimmer-Höfler

Das Problem AIDS in der stationären Drogenrehabilitation

**Eine empirische Umfrage in therapeutischen Gemeinschaften
für Heroinabhängige**

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Universität Zürich

vorgelegt von

MARCO OLGATI
von Poschiavo/GR

Genehmigt auf Antrag von Prof. Dr. A. Uchtenhagen

Zürich 1987



Juris Druck + Verlag Zürich
1987

ISBN 3 260 05190 2

INHALTSVERZEICHNIS

<u>EINLEITUNG</u>	1
<u>1. Teil: Das sozio-kulturelle Phänomen</u>	5
1.1. Realität	5
1.2. Phantasmen	7
1.3. Folgen	10
<u>2. Teil: Das medizinische Phänomen</u>	12
2.1. Historische Einführung	12
2.2. Erreger	14
2.3. Pathogenese	14
2.3.1. Immunsystem	15
2.3.2. Infektionsmechanismus	16
2.3.3. Übertragungswege	17
2.4. Epidemiologie	18
2.5. HIV-Antikörnernachweis	20
2.5.1. Bedeutung des HIV-Antikörnernachweises	20
2.6. Erkrankungsverlauf	21
2.7. Definition der Krankheitsbilder	23
2.7.1. Mononucleose-Syndrom	23
2.7.2. Lymphadenopathie-Syndrom	23
2.7.3. AIDS-Related-Complex	23
2.7.3.1. Lesser-AIDS	24
2.7.3.2. Orale Leucoplakie	24
2.7.4. AIDS	25
2.7.4.1. Opportunistische Infektionen	25

2.7.4.2.	Tumoren	26
2.8.	Klinik	26
2.8.1.	Allgemeines	26
2.8.2.	Dominierende Krankheitsbilder	27
2.8.2.1.	Allgemeinsymptome	27
2.8.2.2.	Pneumonien	27
2.8.2.3.	Kaposi-Sarkom	27
2.8.2.4.	Enterokolitis	29
2.8.2.5.	Soor-Infekte	29
2.8.2.6.	Herpes simplex-Infekte	30
2.8.2.7.	Herpes zoster-Infekte	30
2.8.2.8.	Neurologische und psychiatrische Symptome	31
2.8.2.9.	Weitere Krankheitsbilder	32
2.9.	Praktisches Vorgehen zur Diagnosestellung	33
2.10.	Prophylaxe	34
2.11.	Verhaltens- und Schutzmassnahmen für HIV-antikörperpositive Personen	36
2.12.	Informations- und Meldepflicht	36
2.13.	Neues Klassifikationssystem für HIV- und HIV-assoziierte Infektionen	38
2.13.1.	Einleitung	38
2.13.2.	Klassifikationssystem	39
3. Teil:	<u>AIDS als Krankheit und Bedrohung für Heroinabhängige</u>	42
3.1.	Allgemeine Situation in der Fixerszene	42
3.2.	Reaktion der Beratungsstellen und der ambu- lanten Einrichtungen	45

3.3.	Reaktion der stationären Einrichtungen, speziell der therapeutischen Gemeinschaften	47
------	--	----

4. Teil:	<u>Fragestellungen der vorliegenden Untersuchung</u>	50
-----------------	---	----

4.1.	Einleitung	50
------	------------	----

4.2.	Schwerpunkte der Befragung	51
------	----------------------------	----

5. Teil:	<u>Aufbau der Befragung und Methodik</u>	54
-----------------	---	----

6. Teil:	<u>Ergebnisse</u>	56
-----------------	--------------------------	----

6.1.	Erfassung des stationären Therapieangebots	56
------	--	----

6.1.1.	Therapeutische Gemeinschaften	56
--------	-------------------------------	----

6.1.2.	Mitarbeiter	57
--------	-------------	----

6.1.3.	Bewohner	59
--------	----------	----

6.2.	Erhebung über die Ausbreitung des HIV und die schon manifesten Erkrankungs- symptome einer HIV-Infektion	60
------	--	----

6.2.1.	Positive Testresultate	60
--------	------------------------	----

6.2.2.	Negative Testresultate	61
--------	------------------------	----

6.2.3.	Unbekannte Testresultate	63
--------	--------------------------	----

6.2.4.	Ungetestete Bewohner	63
--------	----------------------	----

6.2.5.	Ärztlich diagnostizierte Symptome einer HIV-Infektion	63
--------	--	----

6.2.6.	Schwangerschaften und Geburten von testpositiven Frauen	64
--------	--	----

6.3.	Handhabung von Abklärungs- und Vorsichts- massnahmen in Konfrontation mit AIDS	64
------	---	----

6.3.1.	Umgang mit dem HIV-Test	64
6.3.1.1.	HIV-Test und Bewerbungsgespräch	64
6.3.1.2.	HIV-Test als Eintrittsuntersuchung	64
6.3.1.3.	Motivation zur Testung	65
6.3.1.4.	Testresultate als Auswahlkriterium	68
6.3.2.	Umgang mit den Testresultaten	69
6.3.2.1.	Information der Mitbewohner	69
6.3.2.2.	Information der Beziehungspartner	70
6.3.3.	Auswirkungen auf präventive Möglichkeiten der Bewusstseinsbildung und auf die innere Struktur der therapeutischen Gemeinschaften	71
6.3.3.1.	Präventions- und "Safer-Sex"-Beratungen	72
6.3.3.2.	"AIDS"-Merkblatt	74
6.3.3.3.	Umgang mit der Sexualität unter den Bewohnern	76
6.3.3.4.	Verfügbarkeit einer medizinischen Informationsperson	77
6.3.3.5.	Pflege von AIDS-Kranken in den thera- peutischen Gemeinschaften	77
6.3.4.	"AIDS-Bewusstseinsgrad"	78
6.4.	Analyse verschiedener Reaktionen inner- halb und ausserhalb der therapeutischen Gemeinschaften	83
6.4.1.	Auswirkungen der Testresultate auf die Entzugsmotivation der Drogenabhängigen	84
6.4.2.	Auswirkungen auf das Betreuerkollektiv	86
6.4.2.1.	Testung der Betreuer	86
6.4.2.2.	Informationsstand betreffend "AIDS"	87
6.4.2.3.	Einstellung zur Arbeit mit Jugendlichen nach Bekanntwerden der Krankheit AIDS	88

6.4.2.4.	Veränderungen in der Arbeitspraxis nach Bekanntwerden der Krankheit AIDS	88
6.4.3.	Auswirkungen der "AIDS"-Problematik auf die nähere Umgebung der therapeutischen Gemeinschaften	90
7. Teil:	<u>Zusammenfassung und Diskussion</u>	92
7.1.	Das stationäre Therapieangebot und die Belegung mit Drogenabhängigen	92
7.2.	HIV-Testresultate und die Ausbreitung der HIV-Infektion	93
7.3.	Auswirkungen der Problematik "AIDS" auf die therapeutischen Gemeinschaften und Handhabung von Abklärungs- und Vorsichtsmassnahmen in Konfrontation mit der neuentstandenen Situation nach Bekanntwerden der Krankheit AIDS	95
9.	<u>Resumée</u>	104
	<u>Literaturverzeichnis</u>	106
	<u>Anhang: Kopie des Fragebogens</u>	116
	<u>Curriculum vitae</u>	



Digitized by the Internet Archive
in 2026

EINLEITUNG

Seit anfangs dieses Jahrzehnts sind wir mit einer neuen, bis heute unheilbaren Erkrankung konfrontiert: "AIDS" ist in aller Munde.

Sehr schnell gelang es den Wissenschaftlern, die Ursache und die Mechanismen, die zur Krankheit führen, sowie die Krankheit selbst, zu beschreiben und zu erforschen. Der endgültige Erfolg über das Leiden, ein therapeutisch wirksames Medikament, oder gar eine prophylaktisch wirksame Impfung, ist bis heute aber nicht erzielt worden, sodass die Bedrohung einer Ansteckung mit dem die AIDS-Erkrankung verursachenden Virus HIV weiter in unserer Gesellschaft verbleibt.

Im Studium der Krankheit ergaben sich schnell zwei hauptsächlich betroffene Gruppen, die aufgrund ihres Verhaltens besonders gefährdet waren und es weiterhin sind: Die Homosexuellen und die Fixer. Aus diesen Kollektiven stammen bis heute auch die meisten schon erkrankten oder bereits verstorbenen Patienten.

Beide Kollektive, die bald Risikogruppen genannt wurden, gehören aufgrund ihrer Identität oder ihrer Sucht zu den gesellschaftlichen Randgruppen, stellen also schon rein durch ihre Präsenz eine Herausforderung und oftmals gar ein Ärgernis für den Normalbürger dar.

Nun hat sich ein todbringendes Virus in diesen Gruppen eingenistet, das bei den Angehörigen dieser Kollektive grosse Angst und Verunsicherung ausgelöst hat und vielen Leuten aus der sogenannten Normalbevölkerung als eine gerechte Strafe für deviantes Verhalten erscheint. Bis zum Erscheinen dieser Arbeit wird sich aber die Bedrohung durch die Krankheit AIDS auch auf die Restbevölkerung erstrecken und dies durch die Übertragung auf den ebenfalls tabuisierten Wegen der Prostitution und der Promiskuität.

Die Homosexuellen, die zuerst mit der "Lustseuche" konfrontiert waren, haben in schwierigen Auseinandersetzungen und dadurch, dass es ihnen möglich war, als bewusste und relativ kompakte Interessensgruppe auf die tödliche Bedrohung ihres Lebens und ihrer Sexualität zu reagieren, zu einem Umgang mit der neuentstandenen Situation gefunden. Dass eine der wesentlichen Antworten darauf "Safer Sex" heisst, mag symptomatisch für die

Krankheit selbst und für den Umgang mit der Sexualität in unserer Gesellschaft sein.

Im Gegensatz zu den Homosexuellen, die Mittel und Wege gefunden haben, sich mit der Problematik auseinanderzusetzen, sind die Fixer dem Virus und seiner Verbreitung infolge ihrer Sucht hilflos ausgeliefert. Man könnte sagen, dass eine Infektion mit dem HIV auf einen Schlag das potentielle Risiko, an den Folgen der Sucht zu sterben, bewusst machte und näher brachte.

Es waren vor allem dynamische Interessen an der Auseinandersetzung mit "AIDS" und Kontakte mit Drogenpatienten und -therapeuten, die sich mehr oder weniger hilflos der ganzen Situation ausgeliefert fühlten, die mich zu dieser Arbeit im Rahmen einer Dissertation motivierten. Vor allem ging es mir um die Fragen des Umgangs mit der Problematik und weniger um statistische Interessen. Dies bewirkte aber, dass das Terrain, das es zu erforschen gab, ein schlecht zu definierendes war und dass es beinahe anmassend erscheinen mag, nur durch das Beantworten und Auswerten eines Fragebogens auf solch difficile Fragen Antworten und Situationsanalysen zu liefern.

Natürlich hat jede therapeutische Wohngemeinschaft ihre eigene Dynamik und innere Struktur und auch ihre eigenen Wege, sich mit dem ganzen Problemenkomplex auseinanderzusetzen. Ich glaube, dass sich der Versuch, diese Arbeit trotzdem in diesem Stil durchzuführen, gelohnt hat. Ein Hauptzweck sollte sein, eine Übersicht über die Verhaltensweisen der TG's in Konfrontation mit "AIDS" zu geben und daraus verschiedene Strategien und Strukturen zu beschreiben, wie sie oftmals nur aus einer gewissen Distanz zum Schauplatz wahrzunehmen sind.

Die Dissertation wurde zu einem Zeitpunkt in Angriff genommen, in der sich die ersten Wellen der öffentlichen Diskussion legten. Man begann sich mit den Mortalitätsraten, die sich zwischen fünf und zehn Prozent der Infizierten bewegten, und der Sicherheit, dass die Krankheit sich auf relativ geschlossene Randgruppen beschränkt bleibe, abzufinden. Im Frühjahr und Sommer 1986 herrschte eine eigentliche Windstille, was Informationen und Forschungsergebnisse für die breitere Öffentlichkeit anbelangte. Erst im Herbst 1986, hellhörig geworden durch die erschreckenden Verlaufszahlen und dadurch, dass immer mehr Personen aus der heterosexuellen

Bevölkerung mit dem Virus infiziert wurden, begann die Öffentlichkeit sich wieder mit "AIDS" zu beschäftigen.

Dies geschieht bis heute in einem bisher unbekannten Ausmass. Durch zentral organisierte und koordinierte Aufklärungskampagnen wird versucht, die Möglichkeiten publik zu machen, die zur Verhütung weiterer Ansteckungen beitragen können, um so das Risiko einer weiteren Ausbreitung zu minimieren. Aber auch die ganze Sensations- und Tagespresse stürzte sich auf das Problem "AIDS", sodass tägliche Meldungen zur Krankheit, zur Epidemiologie, zur Prävention etc., aber auch Horrorgeschichten, persönliche und familiäre Dramen und weiteres mehr die Öffentlichkeit aufschrecken, aber durch die Fülle der Information bald einmal auch zu berieseln beginnen.

Die Öffentlichkeit hat reagiert, und die für die Verhinderung einer Ausbreitung verantwortlichen Stellen versuchen, Problembewusstsein in der Bevölkerung zu schaffen, ohne diskriminierend zu wirken.

Es ist klar, dass die Diskussion über die Verhütung weiterer Ansteckungen, und die Auseinandersetzung mit den Betroffenen und der Krankheit selbst, möglichst offen geführt werden muss. Dies kann aber nur dann geschehen, wenn unsere Gesellschaft fähig ist, die durch ein positives Testresultat betroffenen Menschen nicht zu diskriminieren und ihnen durch die Ansteckung keine gesellschaftlichen Nachteile wie Stellenverluste, Wohnungskündigungen, Benachteiligungen in Arbeit und Freizeit etc. erwachsen zu lassen. Notfalls könnte es Aufgabe des Staates sein, durch ein Antidiskriminierungsgesetz die Betroffenen in ihrer schwierigen Situation zu schützen.

Wieweit sich dieses Problembewusstsein und die Notwendigkeit eines klaren, loyalen und pflichtbewussten Handelns in den therapeutischen Gemeinschaften für Fixer auch auf der praktischen Ebene weiter breitgemacht hat, wäre Aufgabe einer nächsten Studie, die das mittlerweile neu hinzugekommene Wissen mitberücksichtigen und so Angaben über die Entwicklung in der Auseinandersetzung machen könnte. Sicher ist, dass die vorliegende Untersuchung bei ihrem Erscheinen vor allem noch historischen Wert besitzt und Zeugnis davon abgeben kann, wie schwierig die Auseinandersetzungen mit der damals diffusen und unheimlichen Bedrohung



sowohl des Lebens der Fixer selber, aber auch der Legimitation der Drogenrehabilitation allgemein, waren.

Ich möchte allen ganz herzlich danken, die mir in meiner Arbeit in irgend einer Weise behilflich waren. Ganz besonderer Dank gilt den Mitgliedern und den Bewohnern der therapeutischen Gemeinschaften der ganzen Schweiz, die allesamt den ihnen zugesandten Fragebogen beantwortet retournierten und so die Grundlage schufen, dass meine Untersuchung einen für die Schweiz repräsentativen Charakter haben kann.

Zuletzt möchte ich noch möglichen Missdeutungen meiner Resultate begegnen: Ich gehe davon aus, dass Bedrohungen unserer eigenen Existenz in einem gewissen Mass natürlicherweise verdrängt werden müssen, um das Leben lebenswert erscheinen zu lassen. In diesem Sinne sind meine Resultate und Interpretationen nie eine Kritik an der Praxis des Umgangs mit dem Problem "AIDS" zur Untersuchungszeit, sondern sie sollen eben gerade die Problematik der Verdrängung aufzeigen und dadurch die Voraussetzungen schaffen, adäquatere Strukturen für die Konfrontation mit der existentiellen Bedrohung zu entwerfen.

Erst das Bewusstsein über etwas Verdrängtes ermöglicht schliesslich einen offeneren und konsequenteren Umgang mit der ganzen Problematik um "AIDS".

1. DAS SOZIO-KULTURELLE PHÄNOMEN

1981 wurde erstmals bei homosexuellen Männern ein Krankheitssyndrom entdeckt, das sich, wie sich kurze Zeit später herausstellte, als Immunmangelsyndrom beschreiben liess. Es wurde schnell deutlich, dass die Erkrankung ihre Opfer vor allem unter den Homosexuellen und bei den Fixern fand, sodass diese beiden Kollektive bald "Risikogruppen" genannt wurden.

Nachdem vorübergehend die Vermutung aufgestellt wurde, eine eigentliche Homosexuellenkrankheit entdeckt zu haben, zeigten sich bald Zusammenhänge zwischen Praktiken dieser beiden "Risikogruppen" und der Krankheit AIDS. Es wurde deutlich, dass es sich bei "AIDS" um die Folge einer Infektionskrankheit, - also einer übertragbaren Krankheit -, handelt. Man nahm an, dass der noch unbekannte Erreger durch den Austausch von Körperflüssigkeiten übertragen wurde und dass, - den erkrankten Personen und ihren Praktiken zufolge -, die Übertragung vor allem durch sexuelle Kontakte und den Austausch von Blutprodukten erfolgte.

Es wurde weiter auch klar, dass nicht die Identität, dh. die Zugehörigkeit zu einer dieser Gruppen, risikobehaftet ist. Risikoreich ist nur das Sexualverhalten und die Sexualpraktiken der einen und der Gebrauch von unsterilen und kontaminierten Spritzen bei den Heroinsüchtigen.

Weil zu Beginn vor allem Personen aus klar zu beschreibenden Kollektiven gefährdet waren, begann eine schwierige Auseinandersetzung um die Krankheit und die davon betroffenen Menschen in der Öffentlichkeit. Diese erhielt noch Brisanz dadurch, dass die Krankheit, wenn das Vollbild einmal erreicht ist, tödlich verläuft.

Die Auseinandersetzung spielte sich auf zwei Ebenen ab:

1.1. Realität

Das Wissen um die Übertragbarkeit der Krankheit, ihren nun bekannten, viralen Ursprung und die Ansteckung über sexuelle Kontakte und/oder den Austausch von Körperflüssigkeiten oder Blutprodukten, bewirkte eine Problematisierung der angewandten, risikoreichen Praktiken, insbesondere im Bereiche der Sexualität und im Gebrauch von Fixerutensilien.

Diese Auseinandersetzung hatte denn auch schnell reale Veränderungen von Gewohnheiten zur Folge:

- Die Homosexuellen begannen, "Safer-Sex" zu propagieren und zu praktizieren, um das Ansteckungsrisiko so weit wie möglich zu mindern, ohne ganz auf die Sexualität verzichten zu müssen.

- In der Prostitution hatte das Problem "AIDS" ebenfalls grosse Auswirkungen, da vom Bekanntwerden von "AIDS" an jeder ungeschützte Sexualkontakt mit Prostituierten, insbesondere mit Frauen aus dem Drogenmilieu, potentiell ansteckend sein konnte.

- Bei den Fixern, die zu einer grossen, von der Ansteckung betroffenen Gruppe wurden, war schnell klar, dass die Ausbreitung des Virus eine Folge des Nadeltausches war, der in Ermangelung genügend sauberer Spritzen zum Drogenalltag gehörte. Durch Aufklärung über die Gefährlichkeit des Ausleihens und Austauschens von Spritzen und Nadeln wurde versucht, auf die Spritzpraktiken Einfluss zu nehmen. Ein Teil der Drogenfachleute forderten von den Behörden, dass möglichst schnell saubere Spritzen in genügender Menge, möglichst einfach erhältlich und gratis an die Fixer abzugeben seien, um so einer weiteren Ausbreitung der Krankheit und damit einer Gefährdung des Lebens der Opiatsüchtigen und später auch der Bevölkerung Einhalt zu gebieten.

Durch die Erforschung der Verbreitungsmöglichkeiten des Virus wird die Sexualität immer mehr in eine öffentliche Diskussion hineingezogen. Die Öffentlichkeit beginnt, sich mit "deviantem" sexuellem Verhalten wie Homosexualität, Prostitution und verschiedener, bisher tabuisierten Sexualpraktiken auseinanderzusetzen. Dies bewirkt, dass sich diese Praktiken in der öffentlichen Diskussion etablieren. Sie unterwerfen sich aber dadurch der öffentlichen Kontrolle und machen die Menschen, die solch "deviante" Verhaltensweisen zeigen, der Stigmatisierung und Diskriminierung zugänglich .

Die öffentliche Auseinandersetzung über Sexualpraktiken und sexuelle Identitäten wie Homosexualität und Bisexualität, muss je länger je mehr Auswirkungen auf die heterosexuelle "Normalbevölkerung" haben, da sich diese der Enttabuisierung der Sexualität nicht entziehen konnte. Dies führt

dazu, dass es in der ganzen Auseinandersetzung schwierig wurde, Phantasmen und Realitäten zu unterscheiden.

Real hat "AIDS" eine grosse Verunsicherung breiter Bevölkerungsschichten erwirkt und dies führte bei vielen Menschen dazu, dass sie ihre Sexualgewohnheiten veränderten. Die Verunsicherung wird noch dadurch verstärkt, dass sich eine Ansteckung mit dem Virus nicht sichtbar zeigt und Virusträger, die ansteckend sind, lange Zeit ohne Symptome ein normales, von der Krankheit nicht gezeichnetes Leben führen können. Deshalb wissen diese oft über eine Infizierung gar nicht Bescheid und befolgen auch keine Schutzmassnahmen, was einer weiteren Verbreitung des Virus Vorschub leistet.

Diese latente Unsicherheit, die nun die Sexualität belastet, bewirkt vor allem bei Jugendlichen und Menschen auf der Partnersuche, sowie bei Gelegenheitskontakten, in denen die Sexualität eine grosse Rolle spielt, eine massive Verunsicherung und Disziplinierung. Seit dem Bekanntwerden von "AIDS" ist es nicht mehr möglich, sexuelle Kontakte mit unbekannten Sexualpartnern ohne Angst vor einer Ansteckung einzugehen, obwohl ganz deutlich gesagt werden muss, dass sich bis heute risikobehaftete Sexualkontakte vor allem auf Geschlechtsverkehr mit Homosexuellen und süchtigen Prostituierten beschränken.

1.2. Phantasmen

Die Bedrohung des Sexuellen einerseits, die Etablierung der Diskussion um sexuelle Inhalte und Praktiken in der Öffentlichkeit andererseits, führte zu einer ungewohnt breiten und emotionalen Diskussion, die durch das Verhalten der Medien noch zusätzlich angeheizt wurde.

Durch das Zusammenfallen und Zusammenwirken der Auseinandersetzung um "geächtete" Randgruppen, Sexualität, Sucht, Krankheit und Tod wurde "AIDS" ungeahnte Aufmerksamkeit zuteil, die eine adäquate und vorurteilslose Diskussion verunmöglichte. Jedes Massenmedium beschäftigte sich mit der "Lustseuche", die die ganze Menschheit dahinzuraffen drohte und oftmals wurden die reale und die phantasierte Gefahr vermischt, die Diskussion demzufolge emotional und undifferenziert geführt.

Durch die Reaktion der Öffentlichkeit und induziert durch eine Aufbausung in den Medien, wurde gegen die betroffenen Menschengruppen eine Diskriminierungskampagne entfacht, die nur durch die gesellschaftliche Ächtung der Praktiken der betroffenen Personen zu erklären ist.

In der medial wie in der wissenschaftlich geführten Auseinandersetzung um "AIDS" wurde oft die Identität, also die bloße Zugehörigkeit zu einer der betroffenen Gruppen, als Risikofaktor herausgestrichen und dadurch die Diskussion emotionalisiert, ohne dass Wert darauf gelegt worden wäre, die Praktiken, nicht die Identitäten der Betroffenen, ins Zentrum zu setzen. Denn entscheidend sind bis heute nicht die Zugehörigkeit zu einer "Risikogruppe", sondern die Praktiken, die insbesondere in der Sexualität und beim Spritzen von Drogen angewandt werden und als sehr risikohaft und gefährlich für eine Ansteckung gelten müssen.

Die Schwierigkeit, Realität und Befürchtungen auseinanderzuhalten, wurde noch dadurch verstärkt, dass die Krankheit "AIDS" zu einem Zeitpunkt bekannt und aktuell wurde, wo sich in der Sexualität Liberalisierungstendenzen zeigten, die es Minoritätengruppen wie z.B. den Homosexuellen erlaubten, selbstsicherer und durch ihr "coming out" auch selbstbewusster aufzutreten und die Öffentlichkeit mit ihrem Anders-Sein zu konfrontieren.

Diese Liberalisierung löste offen oder unterschwellig gesellschafts- und moralpolitische Kontroversen und Reaktionen aus, die mit dem Auftreten von "AIDS" deutlicher ans Tageslicht gelangten. "AIDS" wurde z.B. sehr bald als "Fluch Gottes" und als Strafe für nicht gesellschaftskonformes Verhalten aufgefasst. "AIDS" erschien den daran interessierten Kreisen ein adäquates Mittel, den liberalistischen Tendenzen entgegenzuwirken, um so auf eine neue Prüderie und Moral zuzusteuern. Gerade an diesem Punkt kamen sich schon immer die wichtigsten Präventionsmassnahmen und eine reaktionäre Einstellung zu allem Sexuellen sehr nahe.

Es war und ist immer noch schwierig, die beiden Ebenen der realen Bedrohung und der dringend notwendigen Vorsichtsmassnahmen einerseits und die der emotionalen, vorurteilsbehafteten und diskriminierenden Auseinandersetzung andererseits, auseinanderzuhalten, wenn man sich mit den Ursachen und Folgen von "AIDS" beschäftigt.

Weil durch die öffentlichen Diskussion eine Enttabuisierung der Sexualität erwirkt wurde, muss sich jeder Mann und jede Frau mit diesen Realitäten und Problemen auseinandersetzen. Im entstandenen emotionalen Klima ist dies nicht mehr im Sinne einer Liberalisierung und Emanzipation in der Sexualität möglich, sondern nur im Sinne einer Moralisierung und Disziplinierung. Durch die Diskussion der Sexualität und deren Inhalte in der Öffentlichkeit wird eine Kontrolle der Sexualität durch die Gesellschaft mittels einer Entintimisierung erwirkt. Weiter konnte der Auseinandersetzung mit eigenen Konflikten und der Hinterfragung eigener sexueller Wünsche und Praktiken dadurch aus dem Wege gegangen werden, dass die Aufmerksamkeit auf schon randständige, "deviante" Gruppen gelenkt wurde. Durch deren Stigmatisierung und Diskriminierung wurde es möglich, die eigene Betroffenheit durch eine Konfrontation mit diesen Fragen zu umgehen und so Ängsten und Verunsicherungen um die eigene sexuelle Identität zu entgehen.

Puritanische Verhaltensweisen galten fortan wieder als Konfliktlösungsmodelle und es wurde moralisierend auf die Erkrankung und auf die davon betroffenen Gruppen reagiert.

Man weiss heute, dass das soziale Zusammenleben mit infizierten oder kranken Menschen keine Gefahr der Ansteckung in sich birgt. Gefahr droht in sexuellen Handlungen, die den Austausch von Körperflüssigkeiten ermöglichen, und beim Fixen durch den Austausch von bereits infizierten Nadeln und Spritzen.

Berührungspunkt zwischen den sogenannten Risikogruppen und dem "Rest" der Bevölkerung ist die Sexualität. Man nimmt an, dass das Virus durch bisexuelles Verhalten und Prostitution in die heterosexuelle Bevölkerungsgruppe gelangen und so auch dort weiterverbreitet werden kann.

Es ginge zu weit, in dieser Arbeit das Phänomen der öffentlichen Reaktionsbildung und der Medien näherbeschreiben und erklären zu wollen. Wichtig scheint aber, festzuhalten, dass durch die Reaktion der Öffentlichkeit ein sehr hohes Diskriminierungspotential entstanden ist, mit dem sich die betroffenen Gruppen, zusätzlich zur Auseinandersetzung mit der Krankheit, konfrontiert sehen. Dies ist umso bedauerlicher, als die reale Verhinderung der Übertragung des Virus, vor allem aber der Umgang mit der Unsicherheit

der Krankheit schon genug Auseinandersetzung mit Identität, Leben und Tod mit sich bringen und für die Betroffenen emotional sehr belastend sind.

1.3. Folgen

Es scheint, dass die Homosexuellen in der Auseinandersetzung und der Diskussion mit den neu entstandenen Problemen um "AIDS" einen Umgang finden und sich ein risikobewussteres Verhalten aneignen konnten, wenn auch oft unter Aufgabe von emanzipatorischen Errungenschaften.

Bei den Fixern sieht die Situation etwas anders aus, da diese wesentlich weniger inneren Zusammenhalt haben und auch weniger gut in der Bevölkerung und in einem eigenen Beziehungsnetz verankert sind. Dadurch, dass ihr Leben von der Sucht bestimmt ist und oft die Suchtfolgen eine Sensibilisierung auf gesundheitliche Fragen verhindern, sind sie durch das Nadeltauschen mehr oder weniger hilflos der Ansteckung durch das Virus ausgeliefert. Dies bewirkt in der Realität, dass sich die Fixer durch eine Infizierung mit HIV um eine Dimension stärker in ihrem Leben gefährden als durch die Sucht alleine.

Dagegen hat sich infolge der Auseinandersetzung um "AIDS" der Status der Fixer in der Gesellschaft verändert. Bis heute bildeten sie eine Randgruppe, die entweder verleugnet wurde oder von der Oberfläche verschwinden sollte, eine Gruppe auch, die keine potenten Vertreter für ihre Anliegen und Bedürfnisse fand. Die Heroinabhängigen rückten durch "AIDS" ins Zentrum des medizinischen, aber auch des sozialpolitischen Interesses, da die Mediziner sie als Forschungsobjekte mit dem Ziel, Ausbreitung und Entwicklung von Ansteckung und Krankheit kennenzulernen, brauchten.

Es fand eine schleichende Entkriminalisierung und Medizinalisierung der Heroinabhängigen statt, die mit der Anerkennung der Süchtigen als kranken Menschen endete. "AIDS" hat indirekt klar gemacht, dass der Süchtige ein Kranker ist, mit dem man sich auseinandersetzen muss.

Die Kontroverse um "AIDS" führte dazu, dass die Sucht und damit das Fixen soweit entkriminalisiert wurde, dass die Politiker einer freien Spritzenabgabe zum Schutze des Lebens der Heroinabhängigen zustimmen konnten. Zudem wurden nun auch dringend benötigte medizinisch-ambulatorische Ein-

richtungen zu deren Betreuung zur Verfügung gestellt. Insofern wurde der Status des Fixers durch "AIDS" anerkannt und aufgewertet.

Die Fixer gehören heute zu der am meisten von "AIDS" bedrohten Bevölkerungsgruppe. Anscheinend hat sich aber die Spritzpraxis und das Einstiegsverhalten noch nicht wesentlich geändert, was heisst, dass die Fixer bis heute nicht adäquat auf die Bedrohung ihres Lebens haben reagieren können.

Bei Heroinabhängigen auf der "Gasse" ist die Sucht, das heisst das Beschaffen des Heroins, zentraler Lebensinhalt geworden, dominiert demzufolge ihr Verhalten und braucht alle Energie, die vonnöten wäre, um sich mit der neuen Situation und den daraus folgenden, notwendigen Konsequenzen auseinanderzusetzen.

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, zu untersuchen, wie sich das Problem "AIDS" und der Umgang mit einer möglicherweise bereits erfolgten Ansteckung auf die Fixer auswirkte, die sich zu einer aktiven Rehabilitation in einer therapeutischen Gemeinschaft entschlossen hatten.

2. DAS MEDIZINISCHE PHÄNOMEN

2.1. Historische Einführung

Das Krankheitssyndrom "AIDS" (Acquired Immuno Deficiency Syndrome) wurde im Juni 1981 erstmals in den USA bei fünf zuvor gesunden, männlichen Patienten im Alter zwischen 29 und 36 Jahren beschrieben. Nach einer zwei- bis fünfmonatigen Phase mit erhöhter Körpertemperatur verbunden mit Nachtschweiss, dem Gefühl der Abgeschlagenheit und massivem Gewichtsverlust, erkrankten die als aktive Homosexuelle klassifizierten jungen Männer an einer schweren Lungenentzündung, die in zwei Fällen tödlich verlief.

Der Erreger dieser Lungenentzündungen war bisher nur bei sehr kranken und durch eine aggressive medikamentöse Therapie in ihrer Abwehr geschwächten Patienten pathogen (Gottlieb 1981).

Am 3. Juli 1981 erschien erstmals im " Morbidity and Mortality Weekly Report", dem Mittelungsblatt des dem amerikanischen staatlichen Gesundheitsdienst untergeordneten " Center for Disease Control " die Meldung, dass in den vorausgegangenen dreissig Monaten bei 26 männlichen Homosexuellen eine bis anhin sehr seltene, bösartige Bindegewebsgeschwulst aufgetreten sei (Friedmann-Kien 1981).

Neben dem gehäuften Auftreten dieser beiden seltenen Erkrankungen war das tiefe Durchschnittsalter von ca. 39 Jahren sowie die Tatsache, dass alle Erkrankten Homosexuelle waren, auffallend. Durch gezielte Nachfragen und Untersuchungen zeigten sich weitere Gemeinsamkeiten der beiden oben beschriebenen Patientengruppen.

Die Untersucher kamen durch die Bündelung der schon im Einzelfall ungewöhnlichen Befunde zum Schluss, dass in allen Fällen von einem einzigen Grundleiden auszugehen sei. Es wurde immer häufiger ein möglicher Zusammenbruch des Immunsystems diskutiert.

Die Zahl der entweder an einer opportunistischen Infektion und/ oder an einem Kaposi-Sarkom erkrankten Menschen stieg rapide an. In der Folge wurde noch im Juli 1981 eine " Task Force on Kaposi's Sarkoma and

Pneumocystis carinii Pneumonia " gegründet, die, von der amerikanischen Presse aufmerksam begleitet, ihre Arbeit sofort aufnahm und ihren ersten Bericht im Januar 1982 vorlegte (CDC, 1982) :

92% der im November 1981 registrierten Patienten im Durchschnittsalter von 35 Jahren waren homo- oder bisexuell. Der vermutete Zusammenhang zwischen sexueller Präferenz und dem zunehmenden Auftreten der beiden Befunde mit jeweils tödlichem Ausgang liess sich erst später bestätigen (CDC 1982).

Die immer häufiger auftretenden Fälle von meist aus voller Gesundheit heraus Erkrankten liessen zunehmend den Verdacht auf eine erworbene Minderung der körpereigenen Abwehr aufkommen.

Die medizinischen Fachzeitschriften in den USA schrieben schon 1981 ab und zu von erworbenen Immundefekten (Gottlieb 1981) , in der amerikanischen Öffentlichkeit war aber erst ab Juli 1982 von AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), dem erworbenen Immunmangelsyndrom, die Rede (Lawrence 1982, MacNeil-Lehrer Report 1982, CDC 1982).

AIDS, dh. das Vollbild der Erkrankung, wurde in den meisten amerikanischen Bundesstaaten meldepflichtig. Die Zahl der gemeldeten Fälle stieg rapide an, zeitweise mit einer halbjährlichen Verdoppelung der Erkrankungen.

Die Hauptrisikogruppen waren, ähnlich wie in anderen Ländern (CDC 1984):

Homosexuelle	72.8%
i.v.-Drogenabhängige	17.2%
Einwanderer aus Hawaii	3.6%
Bluter	1.2%
Restliche	4.6%

Mehr als 80% der AIDS-Patienten verstarben innert zwei Jahren.

In den andern Länder der Welt, insbesondere in Europa, fanden sich zu jener Zeit weit weniger AIDS-krankte Menschen.

Diese epidemiologischen Aspekte verdichteten den Verdacht auf eine infektiöse Übertragung, v.a. durch sexuelle Kontakte, bzw. den Austausch von Körperflüssigkeiten.

Zwei unabhängig voneinander arbeitende Forscherteams entdeckten 1983 und 1984 den vermuteten Erreger dieser neuauftretenden Erkrankung, der fortan von der französischen Gruppe LAV (Lymphadenopathy Associated Virus (Montagner 1983)), von der amerikanischen HTLV-III-Virus (Human T-Lymphotropic Virus Typ 3 (Gallo 1984)) genannt wurde. Seit Sommer 1986 einigte man sich auf den neuen Namen HIV (Human Immunodeficiency Virus).

Mit der Entdeckung des ursächlichen Erregers wurde die Forschung massiv intensiviert.

2.2. Der Erreger

Die Krankheit AIDS und all ihre Unterformen, die später genauer zu beschreiben sind, werden durch ein neuentdecktes, humanpathogenes Retrovirus verursacht. Es kann in Zellkulturen gezüchtet werden.

Das HIV-Virus gehört zu einer Gruppe der RNS-Viren, den sogenannten Retroviren. Es ist durch drei bestimmte Gene charakterisiert: Das eine codiert die "Core"-Proteine, ein anderes die "Hüllen"-Glycoproteine und ein Drittes die "reverse Transkriptase".

Beim Eindringen in die Zelle wird die Retrovirus-RNS mittels des Enzyms "reverse Transkriptase" in ein DNS-Virus überschrieben und dieses in die DNS der Wirtszelle integriert. Die Viren können in diesen Zellen in einer latenten Form vorhanden bleiben und durch verschiedene Mechanismen, die noch weitgehend unbekannt sind, wieder aktiviert werden (Broder 1984).

2.3. Die Pathogenese

Das HIV-Virus besitzt die Fähigkeit, eine spezielle Gruppe der Lymphocyten, die für die Immunreaktion des Körpers notwendig sind, zu befallen.

2.3.1. Das Immunsystem

Das Immunsystem setzt sich aus Lymphozyten, Monozyten und deren Produkten zusammen. Seine Aufgabe ist es, schädliche und fremde Stoffe zu erkennen und zu vernichten. Möglicherweise kontrolliert es auch das Wachstum von Tumoren.

Wird das Gleichgewicht des Systems gestört, so führt die Immunreaktion zu Allergien, Immundefizienz oder Autoimmunkrankheiten.

Als wichtigste Voraussetzung zur Erfüllung seiner Aufgabe muss das Immunsystem Moleküle der Umwelt erkennen und von allen eigenen, im Körper synthetisierten Molekülen, unterscheiden können. Moleküle und Partikel, die vom Immunsystem erkannt werden, heissen Antigene. Der Erkennungsvorgang ist der erste Schritt zur Auslösung einer immunologischen Abwehrreaktion.

Die Zellen des Immunsystems sind die Lymphozyten. Viele zirkulieren im Blut und in der Lymphe oder sammeln sich in Milz und Lymphknoten an, wo sie unterschiedlich lange verweilen. Bekannt sind zwei Populationen, die sich morphologisch nicht, funktionell aber umso deutlicher unterscheiden: die T- und die B-Lymphozyten. Beide haben ihre Stammzellen im Knochenmark. Die B-Lymphozyten reifen ganz dort, die T-Lymphozyten schliessen ihre Entwicklung im Thymus ab. Die B-Lymphozyten sind für die humorale Immunabwehr zuständig, die T-Lymphozyten erzeugen zellgebundene Immunreaktionen (Lawrence 1984). Die T-Lymphozyten sind komplexer in ihrer Art und Funktion als die B-Lymphozyten. Von der Erkrankung durch das HIV-Virus ist vor allem die T-Lymphozytenpopulation betroffen.

Wenn ein T-Lymphozyt ein körperfremdes Antigen entdeckt hat, hängt seine Funktion von seiner Art ab.

Ein Typ verteidigt aktiv den Körper: Die zytotoxisch wirkenden T-Zellen zerstören entzündete, körperfremde oder bösartige Zellen durch deren Auflösung.

Der andere Typ moduliert die Immunantwort: Er bildet bestimmte Stoffe, die andere Zellen aktivieren und so dem Körper helfen, sich zu verteidigen (Gisler 1983).

Die im Zusammenhang mit "AIDS" besonders interessierenden Zellen sind die T4-Lymphozyten (Helferzellen) und die T8-Lymphozyten (Supressorzellen). Die T4-Zellen haben Helfer- oder Induktionsfunktion, die T8-Zellen haben hemmende oder zytotoxische Funktion. Beide zusammen regulieren durch ihre antagonistischen Funktionen die Immunantwort (Pichler 1985).

Das HIV-Virus besitzt nun die Fähigkeit, neben den Makrophagen die spezielle Gruppe der T4-Lymphozyten zu befallen. Diese werden in ihrer Funktion beeinträchtigt und sterben mit der Zeit ab. Der fortschreitende Zerfall der zellulären Immunität wird noch dadurch verstärkt, dass durch das Absterben der T4-Lymphozyten (Helferzellen) die Gruppe der T8-Lymphozyten (Supressorzellen) relativ grösser wird und durch ihren hemmenden Einfluss auf die Immunreaktion die körperliche Antwort auf krankmachende Erreger verzögert. In der Folge kann es zum Auftreten sogenannter opportunistischer Infektionen und/oder bestimmter Tumoren kommen (Seligman 1984, Lawrence 1985, Grob 1986).

2.3.2. Infektionsmechanismus

Das HIV-Virus dringt durch eine Läsion der Oberfläche in den Körper ein und gelangt so ins Blut. Nun "sucht" es neben Makrophagen, die es wahrscheinlich zuerst befällt, die T4-Lymphozyten, die sogenannten Helferzellen der Immunreaktion, und heftet sich an deren Oberfläche. Durch ein spezielles Enzym, die " reverse Transkriptase ", wird die virale RNS in DNS-Substanz umgewandelt und in die DNS des Lymphozyten eingefügt. Dort kann das Virus ohne wesentlichen Effekt längere Zeit verharren (Langone 1985) .Die Zeit von der Ansteckung bis zum Ausbruch der Erkrankung wird Latenz genannt.

Wodurch das Virus wieder reaktiviert wird , was in der Folge zum schnellen Zerfall der T4-Zellen und somit zum Versagen der Immunantwort führt, ist heute noch weitgehend unbekannt.

Das Virus kann neben den T4-Lymphozyten und den Makrophagen direkt auch Zellen im zentralen Nervensystem befallen und dadurch verschiedenen neurologische Zustandsbilder Verursachen (Jürgens 1985, Levy 1985, Pohle 1985).

2.3.3. Übertragungswege

Die Übertragung des HIV-Virus erfolgt ähnlich wie beim Hepatitis-B-Virus durch Sexualkontakte, sowie durch den Austausch von Blut oder Blutprodukten (Flepp 1986). Eine vertikale Übertragung während der Schwangerschaft, der Geburt oder beim Stillen führte weltweit zu über 200 Erkrankungen an "AIDS" bei Kindern, deren Eltern selbst an "AIDS" erkrankt waren oder einer exponierten und infizierten Bevölkerungsgruppe angehörten (Flepp 1986). Eine Übertragung des Virus durch beruflich bedingte Verletzungen (z.B. Nadelstiche) war bisher äusserst selten (Du Beau 1985, Flepp 1986)

Als speziell gefährdete "Risikogruppen" mit für eine Ansteckung risikoreichem Verhalten, gelten:

- Die Homosexuellen: Die besondere Gefährdung resultiert aus deren häufigen Sexualpraktiken, insbesondere dem Analverkehr und der oft grossen Partnerzahl. Als die erste vom Virus befallene Gruppe waren sie Opfer der langen Latenz, was zur Folge hatte, dass sich die Seuche ungehemmt ausbreiten konnte. (Guinan - 1984, Peterman 1985, Curran 1985)
- Die Fixer: Die Übertragung des Virus in dieser Population ist in erster Linie auf das Nadeltauschen zurückzuführen. Das Ansteckungsrisiko ist insofern hoch, als das Virus durch die Nadel direkt in die Blutbahn gelangen kann (Ginzburg 1984, Marmor 1984, Peterman 1985, Schüpbach 1985, Friedland 1985, Des Jarlais 1985). Daneben sind Beschaffungsprostitution und Geschlechtverkehr mit bereits angesteckten Fixern weitere mögliche Ansteckungsquellen.

- Die Bluter: Sie waren durch die häufig nötigen Blutplasma-transfusionen gefährdet, bevor die Blutspende-zentren ihre Produkte routinemässig auf HIV kontrollieren konnten, wobei berücksichtigt werden muss, dass der Test erst nach einer Latenz positiv wird.
- BewohnerÄquatorial- Hier sind im Unterschied zu Europa und den USA afrikas und der Karibik: etwa gleichviele Frauen wie Männer von der Krankheit betroffen und eine heterosexuelle Übertragung wird als häufigster Infektionsweg angenommen. Es wird vermutet, dass ein Zusammenhang mit dem gehäuften Auftreten von sexuell übertragbaren Krankheiten besteht, die zu oberflächlichen Schleimhautläsionen führen und damit die Virusübertragung begünstigen (Peterman 1985).

Die heterosexuelle Übertragung ist heute weltweit schon deutlich häufiger, da das Virus über Prostitution und bisexuelle Kontakte den Weg aus den Risikogruppen in die Restbevölkerung gefunden hat (Vogt 1985).

Durch die mögliche Übertragung in der Schwangerschaft und unter der Geburt sind auch alle Säuglinge von HIV-positiven Müttern schwerstens gefährdet.

2.4. Epidemiologie

Weltweit sind bis Ende September 1985 über 15'000 Erkrankungen an AIDS bekannt geworden und die Fallzahlen sind sowohl in den USA, in Europa, aber auch in Äquatorialafrika rapide ansteigend.

In Europa waren bis zu jenem Zeitpunkt über 1000 AIDS-Erkrankungen gemeldet, in der Schweiz 63 (Vogt 1985). Bis Ende Dezember 1985 stieg die Zahl der bekannten Fälle in der ganzen Welt auf über 22'000, in Europa gegen 2'000 und in der Schweiz auf über 100 (BAG 3.1985/7.1985, Flepp 1986, Vogt 1985).

Die Inzidenzraten der verschiedenen Länder sind zwar oft sehr verschieden, doch zeigen alle Patientenkollektive eine ansteigende Tendenz der Erkrankungszahlen.

Auffallend ist, dass in Europa im Vergleich zu den USA bis im Sommer 1986 noch sehr wenige Drogensüchtige an AIDS erkrankt sind. Die lange Inkubationszeit, die bis zu fünf Jahren und mehr beträgt, lässt aber ähnliche Verhältnisse in Zukunft auch bei uns erwarten.

Während AIDS-Erkrankungen bei Heterosexuellen in Europa und in den USA noch selten sind, und Männer ca. 15 mal häufiger erkranken als Frauen, ist die Situation in Äquatorialafrika verschieden. Dort erkranken Männer und Frauen gleich häufig und die Infektion erfolgt höchstwahrscheinlich fast ausnahmslos durch heterosexuelle Kontakte (Vogt 1985).

Die Erkrankungen bei Haitianern sind mit grosser Wahrscheinlichkeit ebenfalls mit heterosexueller Übertragung zu erklären (Flepp 1986).

Nach einigen amerikanischen Untersuchungen scheinen gehäufte Prostituiertenkontakte und/oder häufiger sexueller Partnerwechsel ebenfalls ein Übertragungsrisiko darzustellen (Redfield 1985).

Von 1982 bis Mai 1985 sind in der ganzen Welt insgesamt 125 Kinder unter 13 Jahren an AIDS erkrankt und gemeldet worden (Schaad 1985). Heute sind es bereits über 200 (Flepp 1986).

Spitalpersonal, welches nicht einer entsprechenden Risikogruppe angehört, läuft nach den vorliegenden grossen Untersuchungen eine geringe Gefahr, sich mit HIV zu infizieren. Bisher sind lediglich vereinzelte Fälle mit positiven HIV-Test's beschrieben worden (z.B. nach Nadelstichen (Vogt 1985)).

In den letzten Jahren wurden weltweit mehrere grössere Untersuchungen durchgeführt, um die "Durchseuchung" sowohl der Risikogruppen, als auch der Bevölkerung aufzuzeigen.

Eine schweizerische Multizenterstudie zeigte folgende Resultate:

Sämtliche Patienten mit AIDS und 94% der Patienten mit einer AIDS-Frühform zeigten Antikörper gegen das HIV-Virus. Asymptomatische Drogensüchtige waren 1983 zu 36% positiv. In den ersten Monaten des

laufenden Jahres war die Rate signifikant höher, nämlich 53%. Dieser Trend bestätigt sich auch bei asymptomatischen homosexuellen Männern, welche sich testen liessen, die 1983 zu 10 % und 1984 bereits zu 25% infiziert waren (Schüpbach 1985).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich das HIV-Virus in den sogenannten Risikogruppen stärker ausgebreitet hat, und sich noch stärker verbreiten wird, und dass erste Fälle von Ansteckungen der Restpopulation vor allem durch Sexualkontakte bekannt geworden sind.

2.5. Der HIV-Antikörnernachweis

Der Nachweis von Antikörpern gegen HIV mittels unterschiedlicher Verfahren ist seit anfang 1985 mit kommerziell erhältlichen Tests möglich.

Als Screening-Test eignet sich das ELISA-Verfahren, das eine sehr hohe Sensivität und Spezifität für HIV besitzt. Weil es möglich ist, dass wegen der hohen Sensitivität falsch positive Resultate vorkommen, wurde festgelegt, dass jedes in einem ELISA-Test positive Resultat mit einer zweiten, unabhängigen Methode bestätigt werden muss (Flepp 1986).

Diese Testverfahren erlauben es, bereits erfolgte Viruskontakte durch die Bestimmung der Antikörper festzustellen. In hochspezialisierten Labors ist mit grossem Aufwand auch das Virus selbst nachweisbar (Flepp 1986).

So wurde es möglich, die Menschen, die mit dem Virus in Kontakt kamen, zu identifizieren und sie über die prophylaktischen Möglichkeiten aufzuklären. Zudem können sie so unter medizinischer Kontrolle gehalten werden und es ist die Möglichkeit gegeben, die Krankheitsentwicklung zu beobachten.

2.5.1. Die Bedeutung des HIV-Antikörnernachweises

Die heute zur Verfügung stehenden serologischen Untersuchungen lassen bei antikörper-positiven Menschen noch keine sichere Prognose für den weiteren Verlauf zu.

Aus mehreren prospektiven Studien wurde bekannt, dass es in den USA bei 2-9% der seropositiven Personen, welche den bekanntenn exponierten Bevölkerungsgruppen angehörten, innerhalb eines Jahres zur Erkrankung kam (Flepp 1986). Die Erkrankungshäufigkeit für andere, HIV-assoziierte Krankheiten liegt wahrscheinlich höher.

Neuere Verlaufsstudien zeigen einen wesentlich höheren Anteil an manifesten Erkrankungen nach einer längeren Beobachtungsdauer.

Beobachtungen in Deutschland stellten eine bemerkenswert schlechte Langzeitprognose, erkrankten doch nach dieser Studie 277 von 307 Patienten an Symptomen einer HIV-Infektion im Zeitraum von bis zu drei Jahren. Die AIDS-Inzidenz aller HIV-positiven Patienten erhöhte sich von 3% innerhalb von 6-11 Monaten auf 19.4% im Zeitraum von 24-36 Monaten (Brodthorn 1986).

Amerikanische Studien, mit zT. etwas differenzierteren Verlaufparametern kamen auf Erkrankungshäufigkeiten von 35-45% je nach dem Auftreten erster Symptome (Goedert 1986, Francis 1985)

Bis vor kurzem wurde die Krankheit streng klinisch definiert und man verstand darunter eine erworbene Immunschwäche, welche mit opportunistischen Infektionen und/ oder einem Kaposi Sarkom einherging, wobei bekannte Ursachen für Immunsuppressionen ausgeschlossen werden mussten. Seit dem Vorliegen eines einfachen, sensitiven und spezifischen Antikörnernachweises wurde diese Definition erweitert. So muss heute ein Viruskontakt mittels eines Tests nachgewiesen werden können, um der Diagnose voll zu genügen (BAG I.1986).

AIDS stellt nur die Spitze des Eisberges der möglichen Erkrankungen dar und entspricht quasi dem Vollbild, der durch das HIV-Virus ausgelösten Krankheitsbilder.

2.6. Der Erkrankungsverlauf

Durch den Austausch von Körperflüssigkeiten (vor allem Blut und Sperma) wird das Virus von einem schon infizierten Menschen auf einen nächsten übertragen. Der Körper bildet Antikörper gegen das Virus, die sich in den

Testverfahren nachweisen lassen. Die Serokonversion , dh. der Wechsel von einem negativen zu einem positiven Testresultat, kann schnell oder auch erst nach Monaten stattfinden, sodass nach einer möglichen Exposition mit folgender Abstinenz (!) ein zweiter Test nach ca. drei Monaten, oder auch später, nötig ist, um eine Ansteckung mit Sicherheit auszuschliessen.

Kurze Zeit nach der Infektion (ein bis sechs Wochen) kommt es bei einem Teil der Infizierten zu einem akuten, mononukleoseähnlichen Krankheitsbild, das mit Fieber, Krankheitsgefühl und Lymphknoten-schwellungen einhergeht und nach 10 bis 14 Tagen wieder verschwinden kann. Beim einem andern Teil werden diese Krankheitssymptome nicht beobachtet oder subjektiv kaum als störend empfunden. Die Viren sind jedoch im Körper vorhanden und können sich vermehren. Ein Test auf HIV-Antikörper wird meist 30 bis 60 Tage nach der Infektion positiv.

In einer Latenzphase von Wochen, Monaten oder meist Jahren sind keine Krankheitszeichen sichtbar. Bedingt durch eine Virusreaktivierung bzw. -vermehrung in den T4-Lymphozyten, tritt allmählich bei einem Teil der Betroffenen ein Funktionsverlust und ein Abbau dieser Zellen auf. Die Abwehrmechanismen werden zunehmend gestört.

Die Faktoren, die das in der Latenz ruhende Virus reaktivieren sind noch weitgehend unbekannt. Möglicherweise spielen andere, wiederholte Belastungen des Immunsystems dabei eine entscheidende Rolle (BAG 7.1985, Flepp 1986).

So werden Erreger, die für einen gesunden Organismus keine Bedrohung darstellen, für diese immungeschwächten Menschen gefährlich. Bevor es zu opportunistischen Infektionen kommt, leiden die Patienten an meist sehr unspezifischen Symptomen wie Fieber, Gewichtsverlust, Durchfall, Müdigkeit, Nachtschweiss und /oder vergrösserten Lymphknoten.

Das Spektrum der Krankheitserreger und auch der Krankheitsbilder infolge der HIV-Infektion ist enorm gross.

2.7. Definitionen der Krankheitsbilder

Die Definitionen sind der Publikation des Bundesamtes für Gesundheitswesen (BAG) herausgegeben von der eidgenössischen Fachkommission für AIDS-Fragen übernommen (Flepp 1986) und nach dem häufigsten zeitlichen Auftreten geordnet.

2.7.1. Mononukleose-Syndrom

- akutes, mononukleoseähnliches Krankheitsbild, das nach einer Inkubation von ein bis sechs Wochen auftritt mit Fieber und Lymphknotenschwellungen. Es verschwindet meist nach 10 bis 14 Tagen, kann aber auch direkt in ein Lymphadenopathie Syndrom oder in einen AIDS-Related-Complex übergehen (Werner 1986).

2.7.2. LAS (Lymphadenopathie - Syndrom)

- Lymphadenopathie an mindestens zwei extralingualen Lymphknotenstationen von mindestens dreimonatiger Dauer, ohne erklärbare Ursache und Nachweis von Antikörpern gegen HIV. Sofern durchgeführt, muss die Histologie eine reaktive Hyperplasie zeigen

2.7.3. ARC (AIDS-Related Complex)

- Vorliegen von mindestens zwei klinischen Symptomen und mindestens zwei Laborbefunden.

Klinische Symptome:

1. Extraguinale Lymphadenopathie an mindestens zwei Stellen
2. Gewichtsverlust von mehr als 7 kg oder mehr als 10% des Körpergewichtes
3. Fieber über 38 Grad C
4. Diarrhoe
5. Müdigkeit, Schwäche
6. Nachtschweiss

Laborbefunde:

1. Verminderte T-Helferzellen
2. Quotient T-Helfer-/ T-Suppressorzellen vermindert
3. Anämie, Leukopenie, Lymphopenie oder Thrombopenie
4. Serumglobuline erhöht
5. Verminderte Lymphozytentransformation n. Mitogenen
6. Kutane Anergie
7. Zirkulierende Immunkomplexe

2.7.3.1. L-AIDS (Lesser- AIDS)

- Vorliegen von einer oder mehreren der folgenden Krankheiten und Nachweis von Antikörpern gegen HIV, ohne andere erkennbare Ursache.
 1. Candida Stomatitis
 2. Herpes zoster
 3. Thrombozytopenie
 4. Tuberkulose

2.7.3.2. OLP (Orale Leukoplakie)

- Vorliegen einer indolenten, leicht erhabenen, unscharf begrenzten, wenige Millimeter bis 2 x 3,5 cm messenden Papel auf der Zunge mit haarähnlicher oder runzliger Oberfläche und Nachweis von Antikörpern gegen HIV.

2.7.4. AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome)

AIDS ist gemäss Definition der Centers for Disease Control (CDC) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine erworbene Immunschwäche, welche zu opportunistischen Infektionen und/oder Tumoren führt, wobei andere Ursachen für einen erworbenen zellulären Immundefizit nicht vorhanden sein dürfen.

Bei negativem Nachweis von Antikörpern gegen HIV oder negativem Resultat eines anderen HIV-Tests und gleichzeitig normaler T-Helferzahl und normalem T-Helfer/ T-Suppressorverhältnis ist die Diagnose AIDS üblicherweise ausgeschlossen.

Früher diagnostizierte Fälle, welche bei fehlenden Testresultaten alle anderen Kriterien erfüllten, bleiben weiterhin in der AIDS-Definition eingeschlossen.

2.7.4.1. Opportunistische Infektionen

Durch Protozoen und Helminthen verursachte Infektionen:

- Pneumocystis carinii Pneumonie
- Toxoplasmose mit Pneumonie oder ZNS-Befall
- Intestinale Cryptosporidiose, Diarrhoe länger als ein Monat
- Isosporiasis, Diarrhoe länger als ein Monat
- Strongyloidiasis mit Pneumonie, ZNS-Befall oder disseminiert

Pilzinfekte:

- Ösophageale, bronchiale, oder pulmonale Candidiasis
- Kryptokokkose mit Lungen- oder ZNS-Befall oder disseminiert
- Aspergillose mit ZNS-Befall oder disseminiert
- Histoplasmose, disseminiert

Bakterielle Infekte:

- Atypische Mykobakteriose, disseminiert

Virusinfektionen:

- Zytomegalie-Infektionen mit Pneumonie, gastrointestinalem oder ZNS-Befall
- Herpes-simplex-Infektionen mit monokutaner Beteiligung oder Pneumonie, gastrointestinalem Befall oder disseminiert
- Progressive multifokale Leukenzephalopathie

2.7.4.2. Tumoren

- Kaposi-Sarkom
- ZNS-Lymphome
- Non-Hodgkin-Lymphome von hohem Malignitätsgrad der B-Zellreihe oder von unbekanntem immunologischem Phänotyp
- Malignom des lymphatischen oder retikuloendothelialen Systems, welches mehr als drei Monate nach einer obenerwähnten opportunistischen Infektion auftritt
- Lymphoide interstitielle Pneumonie beim Kind unter 13 Jahren

2.8. Klinik

2.8.1. Allgemeines

Wahrscheinlich kann das HIV-Virus direkt oder indirekt fast alle Organe schädigen.

Direkte Schäden betreffen Zellen des Immunsystems (v.a. T4-Zellen) und Zellen des zentralen Nervensystems. Es gibt gewisse Hinweise, dass eventuell auch andere Organe direkt durch HIV geschädigt werden können.

Indirekte Schäden treten durch maligne Neoplasien oder opportunistische Infekte auf und können praktisch alle Organsysteme betreffen. Lungen, Verdauungstrakt und Zentralnervensystem sind jedoch weitaus am häufigsten befallen (Jürgens, 1985, Grob 1986).

Die Differentialdiagnostik der beginnenden HIV-bedingten Infekte wird allmählich enorm gross, weshalb eine neue, longitudinale Verlaufsdagnostik mit Stadieneinteilungen die oben erwähnte zu ersetzen beginnt (Burk 1986).

2.8.2. Dominierende Krankheitsbilder

2.8.2.1. Allgemeinsymptome:

Zu den wichtigsten unspezifischen Allgemeinsymptomen gehören Fieber Gewichtsverlust, Durchfall, Müdigkeit, Nachtschweiss und Lymphknotenvergrösserungen. Diese Störungen können in wechselnder Ausprägung sowohl bei Patienten mit AIDS, als auch bei Patienten mit anderen HIV-assoziierten Krankheiten vorkommen. Charakteristisch ist eine Persistenz von über drei Monaten und eine Serokonversion, die sich im ELISA-Testverfahren nachweisen lässt.

2.8.2.2. Pneumonien

Die häufigsten Pneumonien werden durch *Pneumocystis carinii* (bei etwa 60% der AIDS-Patienten) verursacht (Vogt 1985, Flepp 1986). Seltener sind Pneumonien bei Toxoplasmose (Catterall 1985,Vogt 1985, Wofsy 1985) und Strongyloidiasis, sowie Virus-Infektionen.

Wichtige Frühsymptome sind Fieber, Husten und Dyspnoe, während ein auskultatorischer Befund und radiologisch fassbare pulmonale Infiltrate oft erst später auftreten.

Die Erreger können im Sputum oder durch eine Biopsie ermittelt werden.

Therapeutisch werden die Pneumonien je nach Erreger medikamentös mit recht gutem Erfolg angegangen.

2.8.2.3. Kaposi-Sarkom

1872 wurde erstmals ein bestimmter Hauttumor von einem Dermatologen namens Moritz Kaposi beschrieben, der später nach seinem "Entdecker" Kaposi-Sarkom genannt wurde.

Das klassische Kaposi-Sarkom tritt vor allem bei weissen Männern im Alter von 50 bis 70 Jahren im Mittelmeergebiet auf. In den letzten Jahren wurde es gehäuft nach Nierentransplantationen mit immunsuppressiver Therapie diagnostiziert.

1981 traten in New York und in Kalifornien bei anscheinend gesunden jungen Homosexuellen auffallend viele Kaposi-Sarkome auf. Bald wurde der Zusammenhang mit der Immunschwäche AIDS erkannt (CDC 1982).

Ungefähr 48% der Homosexuellen mit AIDS und etwa 30% aller AIDS-Patienten entwickeln ein Kaposi-Sarkom. Das Durchschnittsalter liegt bei 38 Jahren (Safai 1985).

Man unterscheidet beim Kaposi-Sarkom zwei verschiedene Verlaufsformen:

1.Lokaler Hautbefall: Die Veränderungen treten beim AIDS-Kaposi-Sarkom nicht wie beim klassischen zuerst an den Extremitäten, sondern am Stamm auf. Die Befunde sind je nach Krankheitsstadium verschieden, von kleinen, rosa-bläulichen Flecken auf der Haut, über violett-rötliche, verhärtete Plaques zu dunkelrot-bräunlichen oder -bläulichen Tumorknoten. Die Flecken haben oft längliche und spindelähnliche oder ovale Form. Sie treten einzeln oder in Gruppen auf und sind gewöhnlich symptomlos. Die Herde breiten sich rasch aus und die Zahl nimmt im Verlauf der Krankheit zu. Die Entwicklung der kleinen Tumoren verläuft oft in Richtung der Spaltlinien der Haut.

2.Generalisierter Befall: Hier werden zusätzlich zur Haut oft die Mundschleimhaut, die Schleimhaut des Magen-Darm-Kanals, Lymphknoten und innere Organe befallen. Es treten zusätzlich zu den Symptomen des Hautbefalls Fieber, Gewichtsverlust, Durchfall, Unwohlsein und Müdigkeit auf. Die Diagnose muss nach klinischem Verdacht histologisch gestellt werden.

Therapeutisch wird das Kaposi-Sarkom durch Bestrahlung, chirurgische Exzision oder medikamentös zu behandeln versucht. Je nach Medikament sprachen zwischen 30 und 70% der Patienten auf die Behandlung an, es kam jedoch selten zu einer anhaltenden Besserung. Bis zu 40% der Erkrankten zeigten eine Besserung oder blieben stabil nach einer Behandlung mit Alfa-Interferon.

Bei allen Behandlungsmethoden ist aber die Frühdiagnose der wichtigste Schritt für einen therapeutischen Erfolg (Stüttgen 1984, Volberding 1985, Altman 1985).

2.8.2.4. Enterokolitis

Der Befall des Magen-Darm-Kanals durch die opportunistischen Keime führt zu massiven Durchfällen mit vielen Defäkationen von mehreren Litern (bis 10 Liter Stuhl pro Tag) (MMWR 1984, Altman 1985, Dobbins 1985). Meist sind sie von Malabsorption und Dehydratation, sowie Fieber, Erbrechen und Schwindel begleitet. Therapeutisch muss vor allem der Flüssigkeits- und Mineralhaushalt durch parenterale Ernährung aufrechterhalten werden. Auch gibt es die Möglichkeit von antibiotischen Behandlungen. Trotzdem verlaufen bei den AIDS-Patienten die Magen-Darm-Infektionen meist tödlich.

Die Erreger werden mit dem Stuhl ausgeschieden und sind auch dort nachzuweisen.

2.8.2.5. Soor-Infekte

Der Soor-Befall der Mundschleimhaut und des Oesophagus ist häufig die erste Manifestation von AIDS. Weitere Lokalisationen sind Vagina, seltener Harnwege und Verdauungstrakt. Die Erkrankung der Schleimhäute ist wesentlich häufiger als der Befall der Haut.

In der Regel sind die typischen, weissen Plaques schmerzlos. Es können aber gelegentlich am Rande der Läsionen Fissuren auftreten, die bluten und unter Umständen stark schmerzen können. Beim Befall des Oesophagus ist die Dysphagie das Hauptsymptom.

Bei schwer immungeschwächten Patienten kann eine hämatogene Streuung auftreten, die zum Befall der Herzklappen, der Leber, der Lungen und/oder der Hirnhaut führen kann.

Die Diagnose wird vor allem endoskopisch gestellt und man findet weisse Plaques auf erythematösem Grund. Mit einer Biopsie oder einem Direktpräparat kann die Diagnose bestätigt werden.

Zur Therapie dienen die altbekannten Pilztherapeutika, die jedoch meist eine nur geringe Verlaufsbeeinflussung zur Folge haben. Vor allem treten nach Absetzen des Mittels häufig erneute Infekte auf (Klein 1984, Vogt 1984, Wofford 1985).

2.8.2.6. Herpes simplex - Infekte

Der Erreger der Erkrankung ist das Herpes simplex-Virus. 90% der Homosexuellen haben Antikörper gegen Herpes simplex 2. Gemäss einer Studie hatten 100% der AIDS-Kranken Antikörper gegen dieses Virus.

Bei AIDS-Patienten führt die Infektion zu ausgedehnten Haut- und Schleimhautulcerationen des Enddarmes, der Geschlechtsorgane, des Mundes und der Speiseröhre. Am häufigsten ist der perianale Befall. Symptome im Analbereich sind Schmerzen, Blutungen, Stuhlinkontinenz und Ulcerationen. In der Genitalgegend und im Oesophagus bilden sich Ulcera, am Mund Bläschen und Ulcera.

Die Diagnose erfolgt klinisch, biotisch oder durch Kulturen (Vogt 1984, Armstrong 1985).

2.8.2.7. Herpes zoster

Auch das Varizella-zoster-Virus gehört zu den Herpes-Viren. Die Erkrankung wird als Zweitmanifestation einer früheren Varizelleninfektion betrachtet.

Die Gürtelrose tritt bei ungefähr 10% aller AIDS-Patienten auf und macht zuerst Schmerzen im betroffenen Hautsegment, später treten Hautläsionen, die sogenannten Varizellen, auf. Meist führt der Herpes zoster zu starken Neuralgien.

Die klinische Diagnosestellung ist genügend, der sichere Nachweis erfolgt mittels einer Kultur.

Therapeutisch können die Virusinfektionen mit Acyclovir R angegangen werden (Vogt 1984).

2.8.2.8. Neurologische und psychiatrische Symptome als Folge von HIV- und/oder Opportunisten-Infekten

Das Nervensystem kann direkt oder als Folge der zusammengebrochenen Immunabwehr durch opportunistische Infektionen und/ oder Tumoren geschädigt werden. Es entstehen psychiatrische und/oder neurologische Krankheitsbilder, deren Kenntnis und Diagnostik wichtig ist in der Diagnosestellung eines "AIDS".

Bei 12% aller AIDS-Patienten stellt die Erkrankung des Nervensystems die Erstmanifestation der Krankheit dar, ohne dass vorher ein Lymphadenopathie-Syndrom oder ein AIDS Related Complex durchlaufen wurden. ZNS-Manifestationen treten bei 30% der diagnostizierten AIDS-Erkrankungen auf. Bei Autopsien wurden gar in 80% der Fälle pathologische Veränderungen im Gehirn oder im Rückenmark gefunden, sodass angenommen werden muss, dass ZNS-Infektionen durch HIV sehr häufig sind (Petito 1985).

Der häufigste Befund war eine subakute Panenzephalitis. Viele ZNS-Veränderungen sind durch opportunistische Infektionen erklärbar. Heute weiss man aber, dass das HIV nicht nur lymphotrop, sondern auch neurotrop ist und viele ZNS-Symptome Folge einer direkten Zellschädigung sind. Man hat das Virus aus ZNS-Zellen, Liquor und Rückenmark sowie aus peripheren Nerven isoliert. Zudem sind bei den meisten Patienten die spezifischen Antikörper gegen HIV im Liquor zum Teil in höherer Konzentration als im Serum nachgewiesen worden (Snider 1983, Jürgens 1985, Sharer 1985, Ho 1985).

Die Symptome sind im wesentlichen psychischer und neurologischer Natur und ihre Entwicklung verläuft oft schleichend.

Im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich sind einerseits psychoreaktive Symptome wie Angst, reaktive Depressionen und Psychosen zu erwähnen. In der Auseinandersetzung mit der Krankheit werden oft die Stadien der Verleugnung, Revolte, "Marchandage" und Akzeptanz mit den bekannten Schwierigkeiten durchlaufen.

Klinisch-psychiatrisch treten als Folge einer diffusen oder lokalen Hirnschädigung psychoorganische Syndrome mit Müdigkeit, ängstlicher Agitation

psychomotorischer Verlangsamung, unangemessenem Affektverhalten und zunehmender Desorientiertheit auf. Bei weiterem Fortschreiten der Krankheit sind die Symptome der progressiven Demenz vorherrschend mit Apathie, Bewusstseinstrübung, deliranten Syndromen bis hin zu Demenz und Koma (Zumbrunnen 1984, Nurnberg 1984, Jordan 1985).

Neurologische Zeichen sind vor allem lokale, motorische Schwäche oder Ausfälle, Sensibilitätsstörungen, Parästhesien, aber auch Hemiparesen. Weiter wurden Koordinationsstörungen, epileptische Anfälle, Harnverhaltungen, Blasen- oder Darminkontinenz, periphere Neuropathien, Guillain-Barre-ähnliche Symptome beschrieben (Jürgens 1985).

Die Diagnose wird durch die Klinik oder durch Biopsie- und Autopsiebefunde gestellt. Therapeutisch ist es nicht möglich, die psychischen und neurologischen Symptome durch einen direkten Angriff auf das HIV zu behandeln, Infektionen durch opportunistische Infektionen jedoch können gezielt mit Antibiotika oder Chemotherapeutika angegangen werden.

Eine Untersuchung auf ZNS-Symptome an 118 Patienten ergab folgende Resultate:

Subakute Enzephalitis 65, Toxoplasmose 14, primäres ZNS-Lymphom 8, Kryptokokkenmeningitis 4, vaskuläre Hämorrhagien 4, Meningeal-Lymphome 5, periphere Neuropathien 26, Retinopathien 18 (Jordan 1985).

2.8.2.9. Weitere Krankheitsbilder

Neben den oben beschriebenen, wichtigsten HIV-assoziierten Erkrankungen werden noch viele andere Krankheitsbilder und Symptome dem AIDS zugeschrieben. Sie sollen hier nur aufgezählt werden:

- :Augeninfekte: Sie treten oftmals als Erstsymptome auf.
- Lebererkrankungen
- Im Gastrointestinaltrakt: akute Pankreatitis und Cholezystitis, Duodenitis
- Nephropathien: Glomerulonephropathien mit oder ohne Nephrose - syndrom mit rascher Progredienz in Urämie. Interstielle Erkrankungen.

- Hautkrankheiten: Neben Kaposi Sarkom, Herpes simplex, Herpes zoster auch: atypische Mykosen, spitze Kondylome, schwere Psoriasis-Exazerbationen.
- Kardiomyopathien
- Disseminierte Infekte von opportunistischen Keimen und septische Verläufe.

Obwohl die Krankheit AIDS sehr viele, auch verschiedenartige Symptome machen kann, handelt es sich ganz offensichtlich nicht um ein poliätiologisches Syndrom, sondern um eine durch ein Virus verursachte, neuartige Infektionskrankheit.

2.9. Praktisches Vorgehen zur Diagnosestellung

Neben einem gründlichen, körperlichen Status, bei dem vor allem die Lymphknotenstationen und die Körperöffnungen genauer zu untersuchen sind, geben anamnestische Hinweise nähere Auskunft über eine mögliche Infektion mit dem HIV.

Zur Anamnese gehören Fragen nach durchgemachten Infektionskrankheiten, insbesondere Hepatitis B, Cytomegalie-Infektionen, sowie nach Geschlechtskrankheiten wie Lues und Gonorrhoe. Weiter interessiert speziell die Sexualanamnese, vor allem die sexuelle Identität und die Anzahl der Sexualpartner. Falls Sexualkontakte mit AIDS-Kranken oder mit Personen aus den Risikogruppen angegeben werden, oder Patienten selbst diesen angehören, ist die körperliche Untersuchung sehr sorgfältig durchzuführen.

Bei den Allgemeinsymptomen ist bei länger als drei Monate bestehendem Fieber, Nachtschweiss, Gewichtsverlust, Durchfall, Müdigkeit und Schwäche, sowie bei Husten, Kurzatmigkeit, gehäuften Infektionen und Dysphagien an eine mögliche Erkrankung an AIDS zu denken.

Einen eigentlichen AIDS-Test gibt es nicht, es ist nur möglich, den Kontakt mit dem Virus zu dokumentieren und im speziellen zu versuchen, das Virus selbst nachzuweisen. Heute kann man aber damit noch keine sicheren Aussagen über einen möglichen Ausbruch der Krankheit machen.

Neben der HIV-Serologie ist im Labor das Blutbild sowie die Blutsenkungsgeschwindigkeit zu bestimmen. Es gibt noch zusätzliche Untersuchungen, die nur dann ausgeführt werden sollten, wenn ein gesicherter HIV-Antikörpernachweis vorliegt. Diese Tests sind in dafür spezialisierten Labors durchzuführen und haben vorläufig eher wissenschaftliche Bedeutung. Sie bestimmen das Verhältnis von T4- zu T8-Lymphozyten und messen verschiedene Serumimmunoglobulinkonzentrationen. Weiter gehören die mikrobiologischen Erregernachweise, das Thoraxröntgen, Lymphknotenbiopsien und/oder die Untersuchung von Biopsien befallener Organe zu den zusätzlich notwendigen Untersuchungen für eine AIDS-Diagnose.

2.10 Prophylaxe

Da es bisher keine kurativ-therapeutischen Möglichkeiten gibt, müssen Personen aus exponierten Bevölkerungsgruppen immer wieder über die heute schon bestehenden prophylaktischen Möglichkeiten aufgeklärt werden.

- Das Infektionsrisiko steigt mit der Anzahl verschiedener Partner und mit der Häufigkeit anonymer Sexualkontakte, insbesondere mit Personen aus dem Homosexuellen- und Prostituiertenmilieu. Wegen der hohen Rate von Infizierten unter den Drogensüchtigen und Homosexuellen haben Sexualkontakte mit Personen aus diesen Gruppen ein sehr hohes Infektionsrisiko.
- Es wird der regelmässige Gebrauch von Kondomen empfohlen, da sie zumindest einen gewissen Schutz vor einer Ansteckung bieten. Der Austausch von Körperflüssigkeiten, insbesondere Blut und Sperma, ist zu vermeiden.
- Sexualpartner von antikörperpositiven Personen sollten sich ebenfalls so verhalten, wie wenn sie selber testpositiv wären. Auch ist eine Untersuchung auf Antikörper gegen HIV mit ihrem Einverständnis zu empfehlen.
- i.v.-Drogensüchtige sollten Injektionsutensilien untereinander nicht austauschen und steriles Material verwenden.

- Alle Angehörigen von exponierten Bevölkerungsgruppen und alle antikörperpositiven Personen dürfen kein Blut, keine Samen und Organe oder andere Gewebe spenden.
- Wegen der möglichen vertikalen Transmission ist bei antikörperpositiven Frauen dringend von einer Schwangerschaft abzuraten. Eine Schwangerschaft bei positivem HIV-Test stellt eine Indikation für den Schwangerschaftsabbruch dar.
- Im Kontakt mit Patienten und im Umgang mit potentiell infektiösem Material gelten die gleichen Vorsichtsmassnahmen wie bei der B-Hepatitis. Kontaminierte Gegenstände und Instrumente sollten zunächst mit einem herkömmlichen Spülmittel gereinigt werden. Zur Desinfektion genügen nach neueren Erkenntnissen 70%-ige Alkohol-, Aldehyd- oder Phenolderivate mit konzentrationsabhängigen Einwirkungszeiten.

Diese Vorsichtsmassnahmen, dem Bulletin des Bundesamtes für Gesundheitswesen (BAG) vom März 1986 entnommen, sind auf den ersten Blick sehr plausibel. Sie beruhen aber auf einem gewissen Bewusstseinsgrad der Betroffenen und bedürfen z.T. gravierender Veränderungen in der Einstellung zum Leben, vor allem aber zur Sexualität.

Dass gerade die gefährdeten Gruppen oftmals das Bewusstsein und das Verständnis für die neuentstandenen Situationen entweder nicht mitbringen oder andere Bedürfnisse und Zwänge die Gesundheit dominieren, ist eine Tatsache, mit der sich alle auseinandersetzen müssen. Wünschbar wäre es trotzdem, wenn gerade in den betroffenen Bevölkerungsgruppen eine nicht moralisierende, aber trotzdem deutliche Aufklärungskampagne gemacht würde.

An dieser Stelle soll aber auch deutlich gesagt werden, dass nach den bisher vorliegenden Untersuchungen die normalen sozialen Kontakte, das Essen am gleichen Tisch, die Zusammenarbeit mit infizierten Personen ebenso wie das Zusammenleben mit ihnen absolut ungefährlich sind und keine Virus-Übertragung zur Folge haben (WHO 1985, Friedland 1986).

2.11. Verhaltens-und Schutzmassnahmen für HIV-antikörper-positive Personen

Bis heute existieren keine Medikamente, die das Virus wirkungsvoll bekämpfen können. Es gibt Hinweise, dass die Virusmenge für die Krankheitsentwicklung eine Rolle spielt. Deshalb sollten auch testpositive Personen jeden Neukontakt mit dem Virus vermeiden. So sollen sie zu ihrem eigenen Schutz die für sexuelle Kontakte empfohlenen Vorsichtsmassnahmen einhalten und/oder beim Spritzen von Betäubungsmitteln nur die eigene Nadel verwenden.

Zudem sind zusätzliche Belastungen des Immunsystems möglichst zu vermeiden. Besondere Vorsicht ist bei Reisen in Länder mit schlechter Hygiene geboten. Gute Hygiene und korrekt durchgeführte prophylaktische Massnahmen (Z.B. Malariaphylaxe) sind wichtig.

Allgemeine Massnahmen wie genügend Schlaf, abwechslungsreiche und gesunde Kost sind weiter zu empfehlen.

Da das Auftreten oder eine Verschlimmerung einer HIV-assoziierten Erkrankung während einer Schwangerschaft nicht ausgeschlossen werden kann, ist antikörperpositiven Frauen auch aus diesem Grunde eine sichere Kontrazeption anzuraten.

Am Arbeitsplatz besteht keine Gefahr für eine Übertragung . Deshalb brauchen weder Arbeitgeber noch Mitarbeiter über ein allenfalls vorhandenes, positives Testresultat informiert zu werden (Flepp 1986).

Zur Bewältigung der mit einem positiven Testresultat verbundenen psychischen Schwierigkeiten kann eine der AIDS-Selbsthilfegruppen empfohlen werden, die kurz nach Bekanntwerden der neuen Erkrankung überall gegründet wurden.

2.12. Informations-und Meldepflicht

Bis zum heutigen Zeitpunkt besteht keine obligatorische Meldepflicht für AIDS-Erkrankungen. Die Eidgenössische Fachkommission ist aber der Ansicht, dass aus epidemiologischen Gründen AIDS-Erkrankungen auf freiwilliger

Basis anonym dem zuständigen Kantonsarzt gemeldet werden sollten. Andere HIV-assoziierte Erkrankungen sind nicht meldepflichtig.

Die in Labors durchgeführten serologischen Bestimmungen werden ebenfalls auf anonymer Basis durchgeführt und schon heute dem BAG mitgeteilt, was eine beschränkte Aussage über die Virusbreitung erlaubt. Gleich verhält es sich mit der Ermittlung der Häufigkeit von AIDS- Erkrankungen.

In nächster Zeit soll definitiv über eine Meldepflicht von AIDS und AIDS-assoziierten Krankheiten an das Bundesamt für Gesundheitswesen unter Wahrung der absoluten Anonymität entschieden werden.

Für testpositive Personen gibt es nur eine moralische Informationspflicht, die durch Aufklärung und Motivation, aber auch durch einen Schutz vor möglichen Diskriminierungen, zur Selbstverständlichkeit werden sollte. Wichtig ist vor allem die Information der Beziehungs- und Sexualpartner, der Ärzte, Zahnärzte und des medizinischen Personals. Bei i.v.-Drogenabhängigen, wo die Gefahr einer Ansteckung über das Ausleihen des Spritzbestecks besteht, sollte eine Information des Nächsten ebenfalls zur Pflicht gehören.

Da durch die normalen zwischenmenschlichen Kontakte das Virus nicht übertragen wird, liegt es im Ermessen der betroffenen Personen, je nach Vertrauen und möglicher Intimität die Menschen in ihrer Umgebung über die Ansteckung durch das HIV zu informieren.

Diese Offenheit birgt immer die Gefahr der Ausstossung und der Diskriminierung in sich. Deshalb ist es so nötig, auch auf dieser Ebene viel Aufklärungsarbeit zu leisten, damit es vielleicht in Zukunft einmal möglich wird, offener mit der ganzen, sicher schwerwiegenden Problematik umzugehen.

Es sind in den letzten Jahren AIDS-HILFE-Organisationen in der ganzen Schweiz aufgebaut worden, die sich mit dem ganzen Fragenkomplex auseinandersetzen. Im weiteren gibt es in mehreren Schweizer Spitälern spezielle AIDS-Beratungsstellen, wo sich Betroffene mit allen entstehenden Problemen hinwenden können.

Sehr wichtig sind die neuentstandenen AIDS-Selbsthilfegruppen, in denen sich Infizierte wie auch AIDS-erkrankte Menschen gegenseitig informieren und unterstützen können. Diese Möglichkeit des Erfahrungsaustausches erhält dadurch, dass nur betroffene Personen daran beteiligt sind, die Möglichkeit, sich offen auszusprechen und sich in neue, bis anhin tabuisierte oder unangesprochene Bereiche vorzuwagen. Dies soll helfen, trotz der schwierigen Situation und der grossen Bedrohung ein eigenes Selbstbewusstsein aufzubauen, um so mit mehr Rückhalt in die Auseinandersetzung mit der Krankheit zu gehen.

2.13. NEUES KLASSEFIKATIONSSYSTEM FÜR HIV UND HIV-ASSOZIIERTE INFEKTIONEN

2.13.1 Einleitung

Wie vorgängig beschrieben, kann eine HIV-Infektion ein sehr pluralistisches Krankheitsbild machen, das bis ins Frühjahr 1986 in die bekannten Syndrome wie AIDS, ARC, LAS, Lesser-AIDS unterteilt wurde.

In der alten Diagnostik ging man davon aus, dass nur ein kleiner Teil der Infizierten je an einem Vollbild von AIDS erkranken würde, die anderen jedoch durch adäquate Therapien auf dem Niveau der Unterformen oder Vorstadien geheilt oder stabilisiert werden könnten.

Die neuere Erforschung der Krankheit hat ergeben, dass es sinnvoller ist, die Diagnostik mittels einer longitudinalen Beschreibung der Symptome zu betreiben, als mit der symptomorientierten. Die Erfassung im Längsverlauf der Krankheit wurde auch deshalb aktuell, weil die bis anhin bekannten Verläufe zeigten, dass die früher als Unterformen bezeichneten Stadien meist nur Vorstadien auf dem Weg zum vollen Ausbruch der AIDS-Erkrankung waren. Das neue Klassifikationssystem hat in der Zwischenzeit die alten Bezeichnungen der Symptomenkomplexe völlig abgelöst.

2.13.2. Klassifikationssystem

Das Klassifikationssystem gilt nur für Patienten mit einem positiven HIV-Test und den spezifischen Immunmangelerkrankungen.

Die sicherste Bestätigung einer HIV-Infektion erhält man durch den Nachweis des Virus, was aber technisch schwierig und vor allem sehr teuer ist. So wird heute meist der ELISA-Test als sichere und billige Methode zum Nachweis eines Viruskontaktes gebraucht. Der Nachweis muss bei positivem ELISA-Test mit einer anderen Testmethode bestätigt werden, bevor die Patienten über den Befund orientiert werden dürfen und man die Diagnose einer AIDS-Erkrankung stellen kann.

Die Erfassung im zeitlichen Ablauf der AIDS-Erkrankung gliedert sich in vier Stadien (MMWR 1986).

STADIUM 1: Akute Infektion

Die akute Infektion gleicht einem mononukleose-ähnlichen Krankheitsbild mit oder ohne Meningitis. Sie bezeichnet den Zeitpunkt der Serokonversion.

STADIUM 2: Asymptomatische HIV-Infektionen (Latenz)

2..a: Dieses Stadium ist definiert durch die Absenz von Zeichen oder Symptomen einer HIV-Infektion. Es bezeichnet also die asymptomatische Latenzphase, die nur durch einen positiven HIV-Test erkennbar ist.

2.b: Spezifische Laboruntersuchungen können im zweiten Stadium bereits Anzeichen für ein Fortschreiten der Krankheit zeigen, wie z.B. eine Veränderung der T-Helfer und T-Suppressorenzahl oder eine Lympho- und/ oder Thrombozythopenie.

Es kann also noch einmal im Labor differenziert werden zwischen einem Stadium 2.a ohne und einem Stadium 2.b mit den typischen labormässigen Veränderungen.

STADIUM 3: Persistierendes generalisiertes Lymphadenopathiesyndrom

Es ist definiert durch palpable Lymphknoten an zwei oder mehreren extrainguinalen Stellen, die über mehr als drei Monate persistieren.

Ausgeschlossen müssen andere Erkrankungen werden, die eine generalisierte Lymphadenopathie zur Folge haben.

Auch Patienten dieser Gruppe können unterklassifiziert werden nach den spezifischen Laboruntersuchungen, die normal oder pathologisch sein können.

STADIUM 4: Andere HIV-Erkrankungen

Dieses Stadium wird in fünf Unterkategorien aufgeteilt, die jedoch unabhängig vom Vorkommen von Lymphadenopathiesyndromen beschrieben werden. Alle Untergruppen können Patienten mit geringen wie, auch mit schweren Symptomen aufweisen

Untergruppe A: Unspezifische Allgemeinsymptome:

Diese Untergruppe entspricht mehr oder weniger der früheren Diagnose des AIDS- Related-Complex mit Fieber über 38 Grad von mehr als einem Monat Dauer, Gewichtsverlust von mindestens 10% des Körpergewichtes und/oder Durchfall länger als einen Monat dauernd.

Andere Ursachen für diese Allgemeinsymptome müssen ausgeschlossen werden.

Untergruppe B: Neurologische Erkrankungszeichen

Hier finden sich cerebrale oder periphere neurologische Bilder wie Dementia, Myelopathien und periphere Neuropathien. Wiederum müssen andere Ursachen für diese Krankheitsbilder ausgeschlossen werden.

Untergruppe C: Sekundärinfektionen

Diese Gruppe beschreibt vor allem Infektionen mit opportunistischen Erregern, die auf der Basis eines Immunmangelsyndroms aktiv werden können.

Es werden zwei Kategorien unterschieden:

C 1: Sie enthält Patienten mit einer oder mehreren der folgenden zwölf spezifischen Sekundärinfektionen, die mit AIDS in Zusammenhang gebracht werden:

Pneumocystis carinii Pneumonie, chronische Kryptosporidiosis, Toxoplasmose, extraintestinale Strongyloidiasis, Isosporiasis, Candidiasis (oesophageal, bronchial oder pulmonal) Kryptokokkose, Histoplasmose, Mycobakterieninfekte mit Mycobacterium avium complex oder M.kansasii, Zytomegalie- Infektionen, chronische mukokutane oder disseminierte Herpes simplex-Infektionen und progressive multifokale Leukoencephalopathien.

C 2: Hierzu gehören Patienten mit Symptomen lokaler oder disseminierter Art einer oder mehrerer der sechs folgenden speziellen Sekundärinfektionen:

Orale haarige Leucoplakie, multidermatomaler Herpes zoster, rezidivierende Salmonellabakteriämie, Nokardiose, Tuberkulose oder oraler Candidiasis.

Untergruppe D: Sekundäre Karzinome

Diese Gruppe definiert sich durch die Diagnose einer oder mehrerer verschiedener Arten von AIDS-assoziierten Karzinomen aufgrund einer gestörten zellulären Immunität:

Kaposi-Sarkom, Non-Hodgkin-Lymphom oder primäres Hirnlymphom.

Untergruppe E: Andere HIV-assoziierte Infektionen

Hier sammeln sich die anderen klinischen Symptome und Erkrankungen, die in den anderen Untergruppen nicht klassifiziert werden konnten, aber auf einem Defekt der zellulären Immunantwort beruhen.

Wie aus dem neuen Diagnoseschema hervorgeht, erweitert es die alte, Syndrome beschreibende Diagnostik vor allem durch die Rücksicht auf den prozesshaften Verlauf aus, der darin zum Ausdruck kommt.

3. AIDS ALS KRANKHEIT UND BEDROHUNG FÜR HEROINABHÄNGIGE

3.1. Allgemeine Situation in der Fixerszene

Inzwischen sind es knapp drei Jahre her, seit eine breitere Öffentlichkeit auf die neue Infektionskrankheit AIDS aufmerksam wurde, die vor allem in Amerika grosse Schlagzeilen machte. Mit einer gewissen Verspätung hat sich das Virus auch in Europa und der Schweiz in den Risikogruppen eingenistet. Höchstwahrscheinlich wurden auch hier zuerst Homosexuelle infiziert, später gelangte das HIV über das "Needle sharing" und Prostitution in die Fixerszene.

Man nimmt an, dass in Zürich ca. 1983 eine beinahe explosionsartige Ausbreitung des Virus unter den Fixern begonnen hat (Drop in, Zürich, 1986). Die Auseinandersetzung damit schlug sich institutionell vorerst wenig nieder. Durch die Berichterstattung in den Medien über die Entwicklung in den USA gelangten aber Informationen an die Drogentherapeuten und an die Süchtigen.

In der Folge begann sich in den drogentherapeutischen Institutionen und auf der "Gasse" eine grosse Unsicherheit auszubreiten. Eine wichtige Rolle spielte dabei wohl das Unbekannte der neuartigen Erkrankung, die z.T. erschreckenden und ernüchternden Krankheitsverläufe und Ansteckungszahlen, wie auch die existentielle Bedrohung des ganzen Fixerkollektivs.

Gleichzeitig fand in den Betreuerkreisen eine Sensibilisierung auf die Problematik statt. Die Helfer und Betreuer der Fixerszene versuchten nun, die bekannten Informationen bewusster und breiter zu streuen und unter Führung der Vereinigung der Schweizerischen Drogenfachleute (VSD) eine gesamtschweizerische Strategie aufzustellen.

Eine erste gesamtschweizerische Versammlung fand im September 1985 in Olten statt, wo durch die Fachleute das zu jenem Zeitpunkt bekannte medizinische Wissen vermittelt wurde. In einem zweiten Teil wurden Strategien gegen die Bedrohung sowohl der Fixer wie auch der Betreuer und ihrer Arbeit diskutiert.

Die Stimmung war im Vergleich zu heute noch recht positiv, glaubte man doch, dass nur 5-10% der Infizierten auch wirklich erkranken würden. In dieser Stimmung wurde die vorliegende Arbeit begonnen, die einen Beitrag zur Erfassung der bis anhin noch unübersichtlichen Situation leisten wollte.

In der Zwischenzeit hat sich die Lage radikal verschärft. Es ist nicht mehr möglich, das Problem zu verdrängen oder auf Hoffnung zu bauen. In dieser schmerzhaften Bewusstwerdungsphase befinden sich im Moment vor allem die Drogentherapeuten, die angesichts der erschreckenden Verläufe befürchten müssen, dass sie zu Sterbebegleitern werden könnten. Es ist deshalb anzunehmen, dass in der Zeit, in der diese Arbeit fertiggestellt wird, gravierende Umwälzungen in der Meinungsbildung, im Verhalten und im Bewusstseinsgrad der betroffenen Betreuer und vielleicht auch der Fixer stattfinden werden.

Unter den Fixern herrschte grosse Verunsicherung und Angst, die sie jedoch nur schwer artikulieren konnten. Die hauptsächlichste Reaktion war die der Verdrängung des Problems. Dies wegen der Unfähigkeit, sowohl praktische wie emotionale Konsequenzen aus der Auseinandersetzung mit AIDS ziehen zu können. Schlimm war die Situation vor allem in Zürich, wo, möglicherweise in Zusammenhang mit einem erst im Sommer 1986 aufgehobenen Spritzenabgabeverbot, mittlerweile ein sehr hoher Durchseuchungsgrad erreicht ist.

Im Rahmen einer Erhebung über die Praxis der Spritzenabgabe im DROP IN Zürich durch Th. Kurz vom 20.3.- 5.8.86 wurde auch nach den HIV-Testergebnissen der Spritzenbezügler gefragt.

67,8% der Bezüger gaben an, den Test absolviert zu haben (N=227)

146 Personen (64,3%) gaben ein Testresultat an.

Davon waren

-47,9% testpositiv und

-52,1% testnegativ

Es ergab sich ein statistisch hochsignifikanter Zusammenhang zwischen der Abhängigkeitsdauer und dem Testresultat:

		HIV-Testresultate		
		positiv	negativ	total
	unter 1	0	5	5
Abhängigkeitsdauer	1-2	4	21	25
	über 6	25	15	40
Sign. ***				

Ein solch signifikanter Zusammenhang fehlt im Vergleich von Lebensalter und Testresultat.

Bemerkenswert war, dass als Motivation für den Bezug sauberer Spritzen bei testpositiven wie testnegativen Personen gleich häufig AIDS genannt wurde. So gaben je rund 90% (N=139) AIDS als Grund für den Bezug steriler Spritzen an, das heisst, dass ein positives Testresultat nicht zwangsläufig zu einer Vernachlässigung gesundheitsschützender Massnahmen führte.

Nach Aussagen des DROP IN Zürich ist es auffallend, dass die Fixer auf der "Gasse" trotz der grossen Kampagne in den Medien sehr schlecht über AIDS informiert sind. Es hat sich deshalb eine diffuse Angst breitgemacht, die schwierig angebar ist.

Die lange Inkubationszeit verhinderte bis heute eine direkte Konfrontation mit der Krankheit. So war es dem Grossteil der Fixer möglich, mit Verdrängung und Verharmlosung auf die reale Gefahr zu reagieren, obwohl hinter diesem Verhalten eine grosse Angst und Hilflosigkeit steckt. Nur wenige haben begonnen, auf andere Fixer und Kontaktpersonen Rücksicht zu nehmen und konsequent die eigene Nadel zu gebrauchen, sowie Sexualpartner zu informieren und Kondome zu benutzen.

Nach Auskünften der Gassenarbeiter in Zürich gab es in den letzten Monaten immer mehr Leute in der Szene, die an manifesten Krankheiten leiden, welche mit AIDS in Zusammenhang gebracht werden müssen. Dies provoziert vielleicht eine Konfrontation mit der Realität, die Einflüsse auf das Bewusstsein und die Haltung der Fixer haben könnte.

Im Folgenden soll versucht werden, kurz auf die besondere Situation der Fixer einzugehen, die sehr dazu beiträgt, dass sie nicht bewusster und adäquater auf die Bedrohung ihres Lebens reagieren können.

Die rein pharmakologische Wirkung der Drogen, insbesondere des Heroins, hat zur Folge, dass die Wahrnehmung körperlicher Symptome, wie z.B. Schmerzen, stark beeinträchtigt ist. Zudem bewirkt die psychotrope Wirkung eine Indifferenz und Abgestumpftheit gegenüber sich selber und der Umgebung. Dahinter steckt aber eine grosse innere Verletzlichkeit und infolgedessen eine kleine Frustrationstoleranz, welche oft ursächlich mitschuldig an der Sucht sind.

Die Drogen und die Drogenbeschaffung brauchen alle Energien und bestimmen den Lebensrhythmus und -inhalt. Diese Absorption führt alle psychischen Energien ab, was eine Vernachlässigung der psychischen Integrität und der körperlichen Gesundheit zur Folge hat.

Viele Fixer sind krank und das Gefühl für körperliche Unversehrtheit ist ihnen abhanden gekommen. Viele haben Angst, dass die Sucht sie gesundheitlich grundlegend und definitiv geschädigt habe und sie dadurch für ihr "Fehlverhalten" für immer bestraft würden.

Damit und durch die oft vorhandenen autoaggressiven Tendenzen, ist die als Desperadohaltung imponierende Einstellung vieler Fixer zu verstehen, die einer tödlichen Gefährdung nichts entgegenzusetzen haben. So haben sie selber, ausser mit grosser innerer Angst und Verunsicherung, noch nicht wesentlich reagiert. Vielen, so geht aus der Diskussion mit Leuten aus der Drogenarbeit hervor, gelingt es noch heute, das Problem zu verdrängen. Die psychisch und pharmakologisch eingeschränkte Introspektionfähigkeit und die Dynamik der Sucht sind ihnen dabei behilflich.

Die Unmöglichkeit während der floriden Sucht inne zu halten und über die eigene Situation nachzudenken und der Druck der Drogenbeschaffung erschweren auch in therapeutischen Beziehungen eine Auseinandersetzung mit der möglicherweise todbringenden Bedrohung durch AIDS.

3.2. Reaktion der Beratungsstellen und der ambulanten Einrichtungen

Mit den vorgängig beschriebenen Schwierigkeiten sind vor allem die ambulanten Einrichtungen konfrontiert. Das Bewusstsein über die

Auswirkungen der AIDS-Problematik hat sich im letzten Jahr noch vertieft. Sie sind aber ebenfalls überrascht über die explosionsartige Ausbreitung und die grossen Penetranz des Virus.

Ein grosser Teil der Drogenfachleute war sich immer einig, dass es unbedingt nötig sei, saubere Spritzen frei abzugeben, um zumindest diejenigen Fixer, die sich der Problematik des "Needle sharing" bewusst wurden, vor einer Ansteckung zu bewahren.

Da der Durchseuchungsgrad der Fixer im Moment in den grösseren Städten zwischen 35 und 60% beträgt (BAG 1986, Lüthi 1987), hat sich die Haltung dem ELISA-Test gegenüber mehr oder weniger in dem Sinne geklärt, dass die Betroffenen motiviert werden, sich freiwillig anonym testen zu lassen. Dies einerseits aus gesundheitspolitischen Gründen, damit präventive, betreuerische und wo möglich kurative Massnahmen beschlossen und durchgeführt werden können und andererseits, weil man damit die Situation auf der "Gasse" besser beobachten und beurteilen kann.

Es macht für den süchtigen Fixer im praktischen Verhalten nur mehr wenig aus, ob er im Test positiv oder negativ ist, da er sich so oder so wie ein "Positiver" zu verhalten hat, um sich vor einer weiteren Ansteckung zu schützen. Mit der Information über ein Testresultat haben die Betreuer die Chance, mit den Betroffenen in Kontakt zu kommen. So kann wesentlich besser und eindringlicher auf die prophylaktischen Möglichkeiten aufmerksam gemacht werden mit dem Ziel, weitere Ansteckungen zu verhindern.

Obwohl der Durchseuchungsgrad hoch ist, sind infolge der langen Latenz die Drogenberatungsstellen erst in letzter Zeit mit Krankheitsbildern aus dem Formenkreis von AIDS konfrontiert worden. Die massive Zunahme von kranken Fixern führte beispielsweise in Zürich dazu, dass die ambulante Beratungsstelle für Jugend- und Drogenprobleme DROP IN seit dem 1. November 1986 eine medizinische Betreuung für Drogenabhängige mit somatischen Problemen anbietet. Die Betreuung hätte ohne diese Einrichtung vor allem für die kranken Fixer nicht mehr adäquat und deren Bedürfnissen entsprechend gewährleistet werden können. Die Anlaufstellen müssen zunehmend in der Lage sein, medizinische Hilfe zu leisten, da

mittlerweile der Gesundheitszustand vieler Drogenabhängiger auf der "Gasse" sehr schlecht ist.

Die hohe Durchseuchung mit HIV hat zu einem Überdenken der Methadonprogramme und zur Lockerung der Indikationskriterien geführt. Es ist zu hoffen, dass damit ein gewisser Druck hin zur Drogenfreiheit nicht preisgegeben wurde. Eine allgemeingültige Praxis dazu ist noch nicht entworfen. Es gilt aber als bewiesen und anerkannt, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Dauer des Spritzens und der Ansteckung durch HIV besteht. (Täuber, Vortrag 1986, Th. Kurz, 1986)

So wird das Problem AIDS neue Prioritäten in der klassischen Suchtbehandlung setzen, die aber erst noch in einem breiteren Rahmen ausdiskutiert und auf einen Nenner gebracht werden müssen.

3.3. Reaktion der stationären Einrichtungen, speziell der therapeutischen Gemeinschaften

In der ersten gesamtschweizerischen Tagung des Vereins der schweizerischen Drogenfachleute (VSD) im September 1985 wurden zuerst rein medizinische und epidemiologische Informationen durch Fachleute vermittelt. Zu jener Zeit galt AIDS noch als Spitze eines Eisberges. Man ging davon aus, dass erstens nur etwa 5-10% der Infizierten überhaupt an einem AIDS-Krankheitsbild erkrankten, und zweitens, dass die Unterformen wie LAS, Lesser AIDS und ARC eigene Krankheitseinheiten darstellten und demzufolge nicht als Durchgangsstationen zu einem Vollbild aufzufassen seien.

Die Diskussion um eine Einstellung zur neuentstandenen Situation und zur Einschätzung der ganzen Problematik zeigte an dieser Tagung, dass "AIDS" die grundlegenden Probleme der Risikogruppen noch deutlicher zutage treten lässt, dies bei den Homosexuellen wie vor allem auch bei den Drogensüchtigen.

In der Haltung dem Antikörpertest gegenüber waren sich die Drogentherapeuten einig, dass nur eine freiwillige Durchführung des Testes wünschenswert ist.

Eine wichtige Diskussion wurde über die Strategien zur Vermeidung einer weiteren Diskriminierung der schon durch ihre Randständigkeit und ihre Praktiken gesellschaftlich geächteten Gruppen geführt.

Rückblickend kann gesagt werden, dass zu jener Zeit eine Verdrängung der todbringenden Problematik hat stattfinden können und versucht wurde, die positive Hoffnung aufzubauen, es sei möglich mit "AIDS" zu leben .

Es war eindeutig, dass das Problem "AIDS" Positives und Negatives beinhaltete. Man ging davon aus, dass nur ein kleiner Teil effektiv an der Krankheit erkranken und sterben würde und hoffte, durch freizügige Abgaben von Spritzen und Präservativen der Epidemie Einhalt gebieten zu können. Durch eine öffentliche und private Auseinandersetzung sollte es möglich werden, mit den anfallenden Schwierigkeiten einen Umgang zu finden.

Bei der zweiten nationalen VSD-Tagung vom September 1986 war die Stimmung weit weniger optimistisch, da nun ganz andere, wesentlich erschreckendere Verlaufszahlen und Mortalitätsraten vorlagen. Zudem war im vergangenen Jahr die Konfrontation mit angesteckten Leuten, aber auch mit der Krankheit an und für sich, wesentlich grösser geworden und es war deshalb nicht mehr möglich, sich der Auseinandersetzung zu entziehen. Die Diskussion über Krankheit und Tod wurde in der Tagung denn auch direkter geführt und es zeigte sich eine grosse Betroffenheit. Die Drogentherapeuten, so wurde klar, würden sich diesen neuen Fragen nicht mehr entziehen können. Die Situation sowohl auf der "Gasse" mit einer Durchseuchung von 30-45% wie auch in den therapeutischen Gemeinschaften war alarmierend geworden. Die Möglichkeiten, mit den anfallenden Problemen einen Umgang zu finden, blieben aber nach wie vor beschränkt.

In der Diskussion nahm die Frage des Umgangs mit der neuentstandenen Situation grossen Raum ein und es wurde oftmals auf die AIDS - Selbsthilfegruppen verwiesen, die den von der Ansteckung Betroffenen vor allem auf der psychischen Ebene wertvolle Unterstützung bieten können.

Eher unkonkret blieb die Auseinandersetzung darüber, was für Auswirkungen "AIDS" auf die Drogentherapie, insbesondere auf das Postulat der Drogenfreiheit haben wird. Der Tenor ging in die Richtung, dass unter allen Umständen eine Ansteckung vermieden und damit Leben erhalten werden müsse und deshalb die Drogenfreiheit nur zweite Priorität haben solle. In

diesem Sinne wurde auch gefordert, dass die Methadonindikationen wesentlich gelockert werden müssten. Nach wie vor unbestritten war die Forderung nach einer freien Spritzenabgabe.

In der konkreten Arbeit in den therapeutischen Gemeinschaften zeichneten sich unklare Haltungen ab. Von niemandem wurde angezweifelt, dass das Problem "AIDS" intensiver diskutiert werden sollte. Dies, so wurde festgestellt, sei aber deshalb so schwierig, weil durch die Diskussion über Krankheit und Tod die eigentlich drogentherapeutische Arbeit in den Hintergrund rücke und ganz andere Prioritäten gesetzt werden müssten. Zudem würde eine solche Auseinandersetzung auf einer sehr viel persönlicheren Ebene stattfinden und so die Beziehungen zwischen Therapeuten und Klienten intensivieren.

Die Frage, ob aus Drogentherapeuten Sterbebegleiter werden würden, konnte nicht ausdiskutiert werden. Es wurde immer wieder die Notwendigkeit betont, erkrankte Fixer nicht zu diskriminieren und zu ghettoisieren, denn nur so könne die notwendige Offenheit in der Auseinandersetzung erreicht werden. Es lagen bereits einige Erfahrungen vor, wo durch eine allgemein zugängliche Betreuung z.B. im Spital mehr Probleme aufgeworfen denn gelöst wurden. So war die Frage nach speziellen AIDS-Kliniken trotzdem im Raum.

Insgesamt kann gesagt werden, dass in der zweiten Tagung eine gewisse Ratlosigkeit über den zukünftig zu beschreitenden Weg deutlich wurde, vor allem deshalb, weil bis heute nichts anderes übrig bleibt, als " hinter der Entwicklung herzulaufen", die von der Ausbreitung des Virus und der Häufigkeit der Erkrankung diktiert wird. Der Umfang der ganzen Problematik hat ungeahnte Ausmasse angenommen, nicht nur was die Zahl der angesteckten Fixer betrifft, sondern vor allem auch was die Intensität der persönlichen und zwischenmenschlichen Auseinandersetzung angeht.

4. FRAGESTELLUNGEN DER UNTERSUCHUNG

4.1. Einleitung

Die Dissertation hat zum Ziel, die Situation und die Reaktion der therapeutischen Gemeinschaften in der stationären Drogenrehabilitation (TG's) im Sommer (Juli / August) 1986 zu erfassen und zu beschreiben.

Damit sollten den Betroffenen, aber auch den die Entwicklung der Krankheit verfolgenden, interessierten Kreisen, Hinweise und Analysen zum Status quo der Auseinandersetzung mit "AIDS" geliefert werden.

Die Arbeit will nicht in erster Linie einem epidemiologischen Anspruch genügen, sondern sie braucht die epidemiologischen Daten vor allem als Grundlage, um sich den Fragen des Umgangs mit der neuentstandenen Situation zu widmen, die den zentralen Teil der Untersuchung darstellen sollen.

Da der Umgang mit der Problematik "AIDS" sehr abhängig ist von neuen Erkenntnissen und Entwicklungen, sich also in steter Veränderung befindet, dürfte die Untersuchung bei ihrem Erscheinen eher historischen Wert haben und es wäre Aufgabe einer nächsten Arbeit, die Entwicklung der Ausbreitung des Virus und der Auseinandersetzung damit zu beschreiben.

Es muss darauf hingewiesen werden, dass die Zahlen und Fakten für die Fixer auf der "Gasse" nicht repräsentativ sein können, da diese im Gegensatz zu den Untersuchten meist noch am Anfang ihrer Drogenkarriere stehen. Das Kollektiv, das sich in der Drogenrehabilitation befindet, hat oft alle Stationen einer klassischen Fixerlaufbahn durchlaufen und steht nach Jahren des Fixens an einem möglichen Ende der Drogensucht.

Die Zahlen können deshalb für die Gasse nicht repräsentativ sein, weil ein Zusammenhang besteht zwischen der Dauer des Fixens und der Wahrscheinlichkeit einer Ansteckung mit HIV(Täuber, Vortrag 1986, Th. Kurz 1986).

Mit Hilfe eines Fragebogens wurden die uns im Frühjahr 1986 bekannten, drogentherapeutisch arbeitenden, stationären Institutionen gebeten, zu

Fragen der Ausbreitung des Virus und zum Umgang mit dem Problem "AIDS" Stellung zu nehmen.

Die therapeutischen Gemeinschaften (TG's) mussten als Bedingung für die Teilnahme an der Befragung folgende Kriterien erfüllen:

- Unabhängigkeit von einer psychiatrischen Klinik.
- Ein Anteil von mindestens 50% der Bewohner mussten Fixer sein.
- Vorhandensein eines sozio-therapeutischen Milieus, in dem das soziale Zusammenleben und der Austausch von zwischen-menschlichen Beziehungen wichtige therapeutische Instrumente darstellen.

Ob sich die TG's eher hierarchisch, demokratisch, familiär oder ideologisch-religiös definierten, spielte bei der Auswahl ebensowenig eine Rolle, wie die Frage, ob ihre Klienten die Drogenrehabilitation freiwillig oder als Massnahmenvollzug absolvierten.

Diesen Auswahlkriterien genügten vierzig therapeutische Gemeinschaften in der ganzen Schweiz.

4.2. **Schwerpunkte der Befragung**

1. **Erfassung des stationären Therapieangebotes im Sommer 1986**

Dieser Abschnitt soll Auskunft geben über die Anzahl der Drogenabhängigen, die sich zum Zeitpunkt der Untersuchung einer Drogenrehabilitation unterzogen, sowie über den Auslastungsgrad der Institutionen, bzw. die Anzahl der zur Verfügung stehenden Rehabilitationsplätze.

Weiter interessiert die Zusammensetzung des Klienten- wie auch des Betreuerkollektivs, sowie die Grösse des Betreuerangebotes und die zur Arbeit zur Verfügung stehenden Stellenprozente, die später einen Hinweis auf eine "Intensität" der Betreuung geben sollen.

In der Auswertung wird auf verschiedene institutionelle Charakteristika hin untersucht und unterteilt mit dem Ziel, die Hauptfragen des 3. Teils damit zu vergleichen.

2. Erhebung der momentanen Situation in Konfrontation mit der Krankheit AIDS

Es ist das Ziel, die Ausbreitung des Virus im untersuchten Kollektiv zu beschreiben. Weiter interessierte der Anteil der angesteckten Drogenabhängigen, die bereits von einem Arzt diagnostizierte Symptome eines HIV-Infektes aufwiesen, sowie die Frage, ob und wie stark sich das Virus bereits im Nichtfixer-Kollektiv (andere Süchtige wie Alkoholiker, Medikamenten-abhängige, Kokainisten ect.) ausgebreitet hat.

Dieser Abschnitt kann nur eine Übersicht liefern, die genaueren epidemiologischen Grundsätzen nicht voll genügen kann, da in der Untersuchung Alter und Geschlecht der Betroffenen nicht berücksichtigt wurden.

3. Auswirkungen des Problems "AIDS" auf die Haltung der TG's betreffend Abklärungsmöglichkeiten und Vorbeugemassnahmen

Dieser Teil soll den Schwerpunkt der Untersuchung darstellen mit dem Ziel, die Stimmung und die Reaktion der TG's und, falls möglich, Zusammenhänge zwischen der Struktur der TG's und der Art der Reaktion zu beschreiben.

Zuerst wird die Einstellung zu einigen wichtigen Massnahmen der Erfassung und der Prävention erfragt und dann mit Hilfe von Quervergleichen und Multivariantenanalysen untersucht, ob sich gewisse institutionsabhängige Charakteristika einerseits und andererseits Haltungen ergeben, die sich in einer der Begegnung mit "AIDS" adaequaten Praxis widerspiegeln.

Im weiteren interessiert es, ob sich signifikante Übereinstimmungen zu einem "AIDS-Bewusstseinsgrad" ergeben, der nach einfachen und ohne Hilfsmittel zu betreibenden, präventiven und prophylaktischen Möglichkeiten definiert ist. Ein hoher "AIDS-Bewusstseinsgrad" soll einen möglichst offenen und bewussten Umgang mit der ganzen Problematik zur Folge haben.

4. Analyse der verschiedenen Reaktionen innerhalb und ausserhalb der TG's

Die AIDS-Problematik hat Auswirkungen auf die Rehabilitation der Süchtigen wie auch auf die Arbeit der Drogentherapeuten. Wie weit hat sich das Problem der existentiellen Bedrohung der Fixer auf diese selber und auf die sie betreuenden Therapeuten niedergeschlagen? - das ist eine Frage, die über den Stand der Konfrontation und die "Offenheit" der Auseinandersetzung mit ihr Auskunft geben soll.

Der Frage, ob sich Änderungen der Einstellung zur Arbeit und der Arbeitspraxis als Folge des spezifischen Bewusstseins über Bedrohung und Prävention beschreiben lassen, wird auch eingegangen.

Die Reaktion der Umgebung der TG's nimmt einen letzten Teil dieses Abschnitts ein.

5.

AUFBAU DER BEFRAGUNG UND METHODIK

Der Fragebogen wurde mit Leuten, die in der Drogenrehabilitation arbeiten, mit Mitarbeitern des sozialpsychiatrischen Dienstes und mit Freunden diskutiert und ausgearbeitet. Bei der Erstellung dienlich waren die theoretischen und praktischen Möglichkeiten, die in der Literatur erwähnt wurden, insbesondere solche, die in den Informationsblättern des Bundesamtes für Gesundheitswesen (BAG), aufgeführt sind.

Neben der Befragung zum stationären Therapieangebot und der Erfassung von residenten Klienten in der Drogenrehabilitation, die schon mit dem Virus in Kontakt gekommen waren, nahm der Teil, der sich dem Umgang mit der Problematik "AIDS" widmete, den grössten Teil der Fragen ein.

Diese wurden möglichst so gestellt, dass sie einfach zu beantworten waren, um so eine möglichst grosse Rücklaufquote zu erzielen .

Oft stellten diese Fragen denn auch einen Kompromiss zwischen dem Wunsch nach detaillierter und umfassender Information und der einfachen Beantwortbarkeit dar, was sich in der Auswertung der Fragebogen immer wieder zeigen sollte.

Insgesamt erhält der Fragebogen 53 Items, die im Anhang unverändert wiedergegeben werden.

Da im Fragebogen in der Frage 5 nur zwischen testpositiven und testnegativen Bewohnern, nicht aber danach, ob diese Fixer oder Nichtfixer waren, unterschieden wurde, habe ich diese Unterlassung nachgeholt, indem ich die betreffenden TG's nach Zurücksendung des Fragebogens noch telefonisch zu diesem Punkt befragte, um damit eine Differenzierung zu ermöglichen .

Die Erhebung über die Ausbreitung des HIV und die schon manifesten Erkrankungssymptome einer HIV-Infektion kann geaueren epidemiologischen Kriterien nicht genügen. Es geht in meiner Untersuchung mehr darum, ein "Stimmungsbild" über die Ausbreitung von HIV zu erhalten, als um eine sorgfältige, epidemiologische Untersuchung, wo man noch nach Alter, Geschlecht und Dauer der Drogenabhängigkeit hätte differenzieren sollen.

Es wurde nicht genauer nach der Art der durchgeführten Tests gefragt, sondern nur von Personen ausgegangen, denen das Resultat entweder bekannt war oder nicht und solchen, die den Test noch gar nicht absolvierten .

Ich ging davon aus, dass bekannte Testresultate den Betreuern bekanntgegeben oder von diesen erfragt wurden.

Im weiteren wäre der Aufwand zu gross gewesen, bei der Frage nach ärztlich diagnostizierten Symptomen einer HIV-Infektion genauer nach den Befunden zu fragen. Die Zahlen sind deshalb kritisch aufzunehmen, da es lediglich darum ging, die Häufigkeit der Konfrontation mit der realen Krankheit AIDS festzustellen, da Leute mit einem positiven Testresultat ja bekanntlich sehr lange symptomfrei bleiben können.

Bei den Chi-Quadrat-Tests besteht die Voraussetzung, dass die erwarteten Zellenfrequenzen grösser als vier sein sollten. Dies ist in verschiedenen Tabellen dieser Arbeit nicht der Fall, weshalb die Resultate mit Vorsicht aufzunehmen sind.

Dies ist auch der Grund, weshalb einige Tabellen in zusammengefasster, dh. nicht in detaillierter Form, ausgewertet wurden.

Wenn bei Kreuztabellen Koeffizienten angegeben sind, wurde im Falle nominal scaliert Cramer's V, im Falle ordinal scaliert Variablen Goodman's Gamma angegeben, weil in letzterem Falle Cramer's V die Informationen nicht vollständig ausgeschöpft hätte.

6. ERGEBNISSE

6.1. Erfassung des stationären Therapieangebotes

6.1.1. Therapeutische Gemeinschaften (TG's)

Über "Das Problem AIDS in der stationären Drogenrehabilitation" wurden 40 Institutionen in der ganzen Schweiz befragt, die sich mit der Suchtbehandlung beschäftigten und deren Bewohner zu mindestens 50% Fixer oder Fixerinnen waren.

Alle diese TG's verfügten über ein sozio-therapeutisches Milieu, in dem soziale Kontakte zwischen Klienten und Betreuer frei möglich waren.

Die innere Struktur und die "Ideologie" der Institutionen spielte bei der Auswahl keine Rolle, hingegen durften sie nicht Teil einer Klinik sein.

Die 40 suchtherapeutisch tätigen Institutionen verteilten sich wie folgt auf die ganze Schweiz:

-Deutschschweiz	27
-Französischsprachige Schweiz	10
-Tessin	3
Insgesamt	40

Insgesamt standen in diesen 40 therapeutischen Gemeinschaften 636 Plätze für entzugs- und therapiewillige Drogenpatienten zur Verfügung.

Zum Zeitpunkt der Untersuchung (Juli / August 1986) waren insgesamt 523 Süchtige in diesen Institutionen hospitalisiert, was einem Auslastungsgrad von 82,2% entspricht.

Tab. 1: Therapieangebot im Sommer 1986

Anzahl Rehabilitationsplätze	636
Bewohnerzahl	523
Auslastungsgrad	82,2

Die TG's wurden nach ihrer Grösse, dh. nach der zur Verfügung stehenden Bettenzahl, und nach der momentanen Bewohnerzahl gruppiert:

Tab. 2: Grösse der therapeutischen Gemeinschaften

Anzahl Betten	Anzahl TG's	%
bis 9	16	40,0
10-19	15	37,5
20 und mehr	9	22,5

Tab. 3: Gruppierung nach Bewohnerzahl

Anzahl Bewohner	Anzahl TG's	%
bis 9	23	47,5
10-19	8	20,0
20 und mehr	9	22,5

6.1.2. Mitarbeiter

In den TG's waren 242 (60,3%) Männer und 159 (39,7%) Frauen angestellt. Durchschnittlich fielen 91,3 Stellenprozente auf einen Mitarbeiter, was heisst, dass eigentliche Teilzeitanstellungen relativ selten waren.

Es gab keine deutlichen Unterschiede im durchschnittlichen Anstellungsgrad in Bezug auf die Grösse der TG's, jedoch eine Tendenz, dass in TG's mit über

20 Bewohnern die prozentuale Anstellung der Mitarbeiter etwas kleiner, dh. Teilzeitstellen häufiger waren, als in den kleineren Gemeinschaften.

Tab. 4: Mitarbeiter

Geschlecht	Anzahl	%
Männer	242	60,3
Frauen	159	39,7

Hier muss noch darauf hingewiesen werden, dass in der Befragung keine Unterscheidung nach therapeutischen und administrativen Mitarbeitern gemacht, sondern davon ausgegangen wurde, dass alle Angestellten ihren Teil an der Rehabilitation der Drogensüchtigen leisten, unabhängig davon, ob dies im Büro oder in der Therapie geschieht.

Pro Bett eines Drogensüchtigen entfielen durchschnittlich 70 Stellenprozente von Mitarbeitern bei der momentanen und 57,6% bei einer totalen Auslastung der Institutionen. Die kleinen TG's hatten signifikant mehr Stellenprozente pro Bett zu Verfügung als TG's mit mehr als 10 oder gar mehr als 20 Betten.

Die Stellenprozente pro Bett variierten von 20 (dh. dass ein Betreuer bis zu fünf Klienten zu betreuen hat), bis zu 133 (dh. mehr als ein Betreuer pro Bett)

Tab. 5: Stellenprozenze pro Bett in Abhängigkeit von der TG-Grösse

Anzahl Betten	Stellenprozenze pro Bett
---------------	--------------------------

bis 9	77,7
10-19	57,2
20 und mehr	48,7

Sign. *** / $R^2 = 0.300$

Gleich verhielt es sich, wenn man die "Intensität der Betreuung" nicht auf Stellenprozenze pro Bett, sondern auf Anteile von Mitarbeitern auf die Betreuung eines Drogenabhängigen berechnet.

6.1.3. Bewohner

Von den 523 Bewohnern waren insgesamt 481 Fixer und 42 Nichtfixer, dh. andere, nicht intravenös applizierende Drogensüchtige (Medikamente, Alkohol, Kokain etc.).

Tab. 6: Drogenabhängige Bewohner

		Anzahl	%
Fixer:		481	91,7
Nichtfixer:		42	8,3
Geschlecht		Anzahl	%
Fixer:	Männer	334	69,4
	Frauen	147	30,6
Nichtfixer:	Männer	25	59,5
	Frauen	17	40,5

6.2. Erhebung über die Ausbreitung des HIV und die schon manifesten Erkrankungssymptome einer HIV-Infektion

Von den Bewohnern der TG's absolvierten insgesamt 88,5% (463) den HIV-Test und ihr Resultat war bekannt. 433 waren Fixer, 30 Nichtfixer. 90,0% (433) der 481 Fixer waren zum Zeitpunkt der Umfrage getestet und über eine mögliche Ansteckung informiert.

6.2.1. Positive Testresultate

Von den insgesamt 463 getesteten Personen, denen das Resultat bekannt war, waren 238 HIV-antikörperpositiv.

Zum Zeitpunkt der Untersuchung gab es keine "positiven" Nichtfixer, was heisst, dass alle positiven Testresultate auf Fixer entfielen.

Dies dürfte ein gewichtiger Hinweis darauf sein, dass das HIV durch ein soziales Zusammenleben nicht übertragen wird, denn die Bewohner leben in den Gemeinschaften meist eng mit- und nebeneinander.

Zur Ausbreitung des HIV ergab sich, dass insgesamt 49,5% der aktuell in den Wohngemeinschaften beherbergten und 55,0% der getesteten Fixer ein positives Resultat zu verzeichnen hatten, also mit dem HIV in Kontakt gekommen waren.

Von der Gesamtbewohnerzahl waren 45,5% positiv.

Nur 2 Gemeinschaften wiesen keine testpositiven Personen auf, beim Rest betrug der Grad der "Durchseuchung" zwischen 9% und 88%.

Aufgegliedert nach der Grösse der TG's und nach dem prozentualen Anteil von HIV-Infizierten an der Zahl der Getesteten ergaben sich folgende Zahlen:

Tab. 7: Anteil testpositiver Bewohner in den TG's

Proz. Anteil der Positiven	Anzahl TG's	%
0- 32%	13	32,5
33- 65%	14	35,0
66-100%	13	32,5

Insgesamt hatten 67,3% der TG's einen Anteil von infizierten Bewohnern , gemessen an den Getesteten, der über einen Drittel der Gesamtbewohnerzahl betrug.

6.2.2. Negative Testresultate

225 Personen hatten einen negativen HIV-Test , vovon 195 Fixer und 30 Nichtfixer betrafen. Der Anteil der testnegativen Fixer betrug 45,0%, ausgerechnet auf die Gesamtbewohnerzahl waren 43,0% negativ.

Insgesamt wiesen 40,5% der beherbergten Fixer ein negatives Testresultat auf.

Nur in zwei TG's waren noch alle Bewohner antikörpernegativ, in einer TG war von allen bekannten Resultaten keines negativ.

Tab. 8: Testverhalten

	Anzahl	%
Test gemacht, Resultat bekannt	463	88,5
Test gemacht, Resultat unbekannt	10	1,9
Test nicht gemacht	50	9,6
Total:	523	100,0

Tab. 9: Testresultate

Testresultat	Anzahl	%
getestete		
Fixer: positiv	238	55,0
(n=433) negativ	195	45,0

Nichtfixer: Test gemacht: 30, alle Resultate negativ

Fixer insges:	positiv:	49,5%
(n=481)	negativ:	40,5%

Anteil getesteter Fixer (n=463): 90,0%

Gesamt-	positiv:	45,5%
bewohner:	negativ:	43,0%
(n=523)	Test nicht gemacht oder Resultat nicht bekannt:	11,5%

6.2.3. Unbekannte Testresultate

10 Testresultate waren nicht bekannt, obwohl der Test absolviert worden war. Dies entsprach lediglich 1,9% der Gesamtbewohnerzahl.

Weshalb das Resultat unbekannt blieb, wurde nicht erfragt.

6.2.4. Ungetestete Bewohner

Von den insgesamt 523 Klienten der TG's waren 50 Personen nicht getestet, was 9,6% der Gesamtbewohnerzahl entsprach.

In 25 TG's waren alle Bewohner getestet; der Anteil der nicht getesteten Klienten schwankte in den restlichen TG's zwischen 3 % und 50%.

6.2.5. Ärztlich diagnostizierte Symptome einer HIV-Infektion

Bei 27 Bewohnern wurden nach Angaben der Fragebogen-Beantworter von einem Arzt Symptome einer HIV-Infektion festgestellt.

Dies entsprach 11,3% der testpositiven Personen , die bekanntlich alle Fixer sind, oder 5,6% der Fixerpopulation insgesamt.

Bis zum Zeitpunkt der Untersuchung waren 16 TG's bereits mit manifesten Symptomen einer HIV-Infektion konfrontiert worden, dh. 40% aller Gemeinschaften mussten sich schon direkt mit den Folgen einer Ansteckung, also der eigentlichen Krankheit AIDS, auseinandersetzen.

Tab. 10: Symptome eines HIV-Infektes

27 Personen in 16 TG's erkrankten an Symptomen, die von einem Arzt in Zusammenhang mit AIDS diagnostiziert wurden.

Dies entspricht 5,6% der Fixerpopulation insgesamt
 11,3% der testpositiven Fixer

6.2.6. Schwangerschaften und Geburten von testpositiven Frauen

7 (17,5%) der insgesamt 40 TG's mussten sich mit dem Problem einer Schwangerschaft einer HIV-antikörperpositiven Mutter auseinandersetzen.

Im Ganzen waren acht Frauen schwanger, fünf davon haben ein Kind geboren.

Resultate über die Testbefunde der Kinder wurden nicht erhoben.

6.3. Handhabung von Abklärungs- und Vorsichtsmassnahmen in Konfrontation mit AIDS

6.3.1. UMGANG MIT DEM HIV-TEST

6.3.1.1. HIV-Test und Bewerbungsgespräch

8 (20%) therapeutische Gemeinschaften verlangten schon für ein Aufnahme-Bewerbungsgespräch ein valides Testresultat. 32 TG's (80%) stellten keine derartigen Bedingungen für ein erstes Gespräch.

6.3.1.2. HIV-Test als Eintrittsuntersuchung

In insgesamt 14 (37,5%) TG's wurde beim Eintritt obligatorischerweise ein HIV-Test durchgeführt. 6 (15%) verzichteten auf diese Eintrittsuntersuchung und 20 (50%) der TG's stellten es den Eintretenden frei, sich testen zu lassen.

In der Haltung zum HIV-Test zeigten sich keine signifikanten Abweichungen in Abhängigkeit von der Grösse der Gemeinschaften.

6.3.1.3. Motivation zur Testung

15 TG´s (37,5%) motivierten ihre Bewohner praktisch immer zu einer Testung. 4 (10%) taten dies praktisch nie und 7 (17,5%) motivierten ihre Klienten nur hin und wieder, bei speziellem Verdacht, um Sicherheit über eine Ansteckung mittels einer Testung zu erhalten.

14 TG´s (35%) hatten eine Testobligatorium bei Eintritt, sodass gesagt werden kann, dass 29 TG´s (72,5%) bestrebt waren, genaue Informationen betreffend vorangegangenen HIV-Kontakten ihrer Klienten zu erhalten. Dies einerseits, um sich selber konkreter und bewusster mit der Situation auseinanderzusetzen zu können, und andererseits, um auch den Fixern einen direkteren Umgang mit ihrer Situation zu ermöglichen .

Hier muss einmal mehr auf die möglicherweise sehr lange Serolatenz hingewiesen werden, die eine Sicherheit über den Ausschluss eines Kontaktes mit HIV für lange Zeit unmöglich macht.

Tab. 11: Motivation zur Testung

Einstellung	Anzahl TG´s	%
Ja	15	37,5
Hin und wieder	7	17,5
Nein	4	10,0
Entfällt, da Test obligatorisch	14	35,0

Aufgegliedert nach der Grösse der TG´s ergab sich, dass die grossen häufiger ihre Klienten zu einer Testung motivierten als die kleineren. Dies

wurde noch deutlicher, wenn man TG's, die ihre Bewohner praktisch immer zur Testung animierten und diejenigen, die sie obligatorisch erklärten, zusammennimmt: Bei allen grossen therapeutischen Gemeinschaften wurde entweder motiviert oder die Testung ist obligatorisch. Bei den mittleren war der Anteil derjenigen TG's am grössten, die kein Obligatorium haben und auch nicht motivierten (insgesamt 40%).

Tab. 12: Motivation zur Testung im Vergleich zur TG-Grösse

Einstellung	Grösse		
	bis 9	10-19	20 und mehr
Ja oder obligat.	12	8	9
Hin und wieder	1	1	0
Nein	3	6	0

Sign. ** / Cramer's V = 0,439

Ein weiterer signifikanter Zusammenhang entstand, wenn man die Motivation zur Testung mit der Motivation zur Aufklärung der Beziehungspartner über den Testbefund vergleicht. Hier bejahten 25 TG's (32,5%) eine Aufklärung der Partner, die die Testung obligatorisch durchführten oder ihre Bewohner dazu motivierten.

Tab. 13: Motivation zur Testung in Bezug zur Aufklärung von Beziehungspartnern

Einstellung zur Motivation	Aufklärung		
	Ja	Nein	Nur wenn Probleme
Ja	15	0	0
Hin und wieder	5	1	1
Nein	2	2	0
Entfällt, da Test obligatorisch	10	0	4

Sign. ** / Cramer's V = 0,486

TG's mit einem hohen Anteil an testpositiven Personen (durchschnittlich 53%), hatten signifikant häufiger eine klare Einstellung zur Motivation oder zur Durchführung eines HIV-Tests:

Solche mit einem geringen Anteil an Positiven (durchschnittlich 28%) hatten die Tendenz, nur hin und wieder eine Testung zu wünschen, z.B. bei Verdacht auf eine Ansteckung oder Erkrankung durch HIV. Das AIDS-Problem war in diesen TG's anscheinend nicht so dringlich, was sich im geringeren Druck zur Testung widerspiegelt.

Tab. 14: Zusammenhang zwischen dem Anteil an testpositiven Personen in einer TG und der Einstellung zur Motivation zur Testung

Einstellung zur Motivation	Anteil an Testpositiven
Ja	51%
Hin und wieder	28%
Nein	54%
Test obligatorisch	54%
Sign. ** / $R^2 = 0,210$	

Es bestand kein Zusammenhang zwischen der Motivation zu einer Testung und

- den Stellenprozenten, die zur Betreuung eines Klienten zur Verfügung standen
- der Informationspflicht über die eigenen Resultate gegenüber den Mitbewohnern
- dem Prozentsatz an Infizierten.

6.3.1.4. Testresultat als Auswahlkriterium

Nur gerade eine TG gab an, dass sie die nicht infizierten, also testnegativen Fixer den schon angesteckten vorziehe.

6.3.2. UMGANG MIT DEN TESTRESULTATEN

6.3.2.1. Information der Mitbewohner

Bei 11 TG's (27,5%) bestand eine Pflicht, die anderen Bewohner über das eigene Testresultat zu informieren, falls dies bekannt war.

20 TG's (50%) hatten keine obligatorische Informationspflicht.

9 TG's stellten es ihren Bewohnern frei, ob sie die anderen Mitglieder der Gemeinschaft über ihr Resultat informieren wollten.

Tab. 15: Information der Mitbewohner über die Testresultate

Einstellung	Anzahl TG's	%
Ja, immer	11	27,5
Freiwillig	9	22,5
Nein	20	50,0

Erstaunlicherweise ergaben sich überhaupt keine signifikanten Zusammenhänge, wenn man die Frage der Informationspflicht gegenüber Mitbewohnern mit den Fragen nach:

- offiziellen Präventionsberatungen und
- der Motivation zur Aufklärung der jeweiligen Beziehungspartner vergleicht,

sowie in der Gegenüberstellung mit

- Stellenprozenten, die pro Bett zur Verfügung standen und
- dem Anteil an testpositiven Klienten in den TG's.

6.3.2.2. Information der Beziehungspartner

Etwas anders sah es aus bei der Frage, ob die Bewohner der TG's motiviert wurden, ihre Beziehungspartner über die Testbefunde aufzuklären.

Diese Frage bejahten 32 TG's (80%), die ihre Bewohner aktiv zur Aufklärung ihrer jeweiligen Partner motivierten.

Nur 3 TG's (7,5%) überliessen die Verantwortung im Umgang mit den Partnern ganz den Bewohnern.

5 TG's (12,5%) berieten ihre Klienten in dieser Frage nur, wenn Probleme auftauchten.

Tab. 16: Aufklärung der Beziehungspartner über die Testbefunde

Einstellung	Anzahl TG's	%
Ja, generell	32	80,0
Nur bei Problemen	5	12,5
Nein	3	7,5

Hier bestanden signifikante Zusammenhänge zur Frage der Motivation zur Testung. (Siehe 6.3.1.3.)

und zur Frage nach der Durchführung von Präventions- und " Safer-Sex"-Beratungen (Siehe 6.3.3.1.)

Das heisst also, dass diejenigen TG's, die eine Information der Beziehungspartner über eine Ansteckung befürworteten, auch eher Präventionsberatungen offiziell oder bei Bedarf betrieben.

Diejenigen TG's, die eine Aufklärung der Beziehungspartner generell befürworteten und dazu motivierten, hatten signifikant weniger

Stellenprozente pro Bett zur Verfügung (59,1%), als diejenigen, die nur bei Bedarf eine Aufklärung empfohlen.

Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die AIDS-Problematik umso stärker verdrängt werden musste, je mehr die persönliche Beziehung ins Spiel kam, weil dafür mehr Zeit (Stellenprozente pro Bewohner) zur Verfügung stand.

Tab. 17: Aufklärung der Beziehungspartner in Abhängigkeit von Stellenprozenten, die pro Bett zur Verfügung standen

Einstellung	Stellenprozente pro Bett
Ja, generell	59,1
Nur bei Problemen	88,1
Nein	69,2
Sign. ** / $R^2 = 0,195$	

Der Anteil an testpositiven Klienten in einer TG hatte keine Auswirkungen auf die Motivation zur Information von Beziehungspartnern.

6.3.3. AUSWIRKUNGEN AUF PRÄVENTIVE MÖGLICHKEITEN DER BEWUSSTSEINSBILDUNG UND DIE INNERE STRUKTUR DER TG'S

In diesem Abschnitt sollen weitere Möglichkeiten der Prävention und Fragen zu den Auswirkungen des Problems "AIDS" auf das Zusammenleben, insbesondere der Sexualität, sowie zum Umgang und Betreuung von Kranken, genauer analysiert werden.

6.3.3.1. Präventions- und "Safer-Sex"-Beratungen

Hier geht es um eine aktive Aufklärung der Drogenklienten über Möglichkeiten und Grenzen der Verhinderung einer weiteren Ausbreitung und damit von weiteren Neuansteckungen durch HIV.

Die aktive Sensibilisierung hat zum Ziel, Verantwortung nicht nur für sich selber, sondern auch für Beziehungspartner und weitere Kontakt- und Bezugspersonen übernehmen zu können.

14 TG's (35%) machten offiziell Präventions- und "Safer-Sex"-Beratungen.

2 TG's (5%) verzichteten ganz auf die Erörterung von Schutz- und anderen Massnahmen zur Verhinderung einer Übertragung.

24 TG's (60%) gaben an, im Bedarfsfall eingehender mit den Bewohnern über Möglichkeiten der Prävention zu diskutieren.

Tab. 18: Präventions- und "Safer-Sex"-Beratungen

Einstellung	Anzahl TG's	%
Ja, offiziell	14	35,0
Nur bei Bedarf	24	60,0
Nein	2	5,0

Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zu der normierten Grösse der TG's. Die kleinen (kleiner als 9) tendierten eher zur Aufklärung nach Bedarf, die grossen (grösser als 20) hatten häufiger die Beratungen institutionalisiert.

Tab. 19: Präventionsberatungen und TG'-Grösse

Einstellung	bis 9	10-19	20 und mehr
Ja, offiziell	3	5	6
Nur bei Bedarf	12	9	3
Nein	1	1	0

Sign. * /Goodman's Gamma: -.58

Wie schon unter 6.3.1.3. und 6.3.2.1. erwähnt, bestand kein Zusammenhang zwischen Motivation zur Testung und Präventionsberatungen, ebenso wie zur Informationspflicht gegenüber Mitbewohnern.

Diejenigen TG's, die eine offizielle Aufklärungsarbeit leisteten, rieten ihren Klienten generell dazu, den Beziehungspartnern ihr Testresultat mitzuteilen. Gleich verhielt es sich bei den TG's, die nur bei Bedarf Prävention betrieben.

Tab. 20: Beziehung zwischen Präventionsberatungen und Aufklärung der Beziehungspartner über die Testbefunde

Präventions- beratungen	Einstellung zu Aufklärung der Beziehungspartner		
	Ja	Nur bei Problemen	Nein
Ja, offiziell	13	1	0
Nur bei Bedarf	19	2	3
Nein	0	0	2

Sign. ** / Cramer's V= 0,486

Aus der Tabelle wird ersichtlich, dass viele TG's, die nicht für offizielle Präventionsberatungen waren, eine Aufklärung der Beziehungspartner befürworteten.

Deutlich wurde weiter, dass die Befürworter offizieller Aufklärungsarbeit signifikant weniger Stellenprozente pro Bett zur Verfügung hatten als die anderen, die nur bei Bedarf über Vorbeugemassnahmen informierten.

Tab. 21: Präventionsberatungen in Abhängigkeit von Stellenprozenten, die pro Bett zur Verfügung standen

Einstellung	Stellenprozente pro Bett
Ja, offiziell	53,3
Nur bei Bedarf	67,5
Nein	87,5
Sign. ** / $R^2=0,155$	

Dieser Befund deckte sich mit dem Resultat des Vergleichs über die Motivation zur Aufklärung der Beziehungspartner.

Hingegen hatte der prozentuale Anteil testpositiver Bewohner in einer TG keinen Einfluss auf das Verhalten bezüglich Präventions- und "Safer-Sex"-Beratungen.

6.3.3.2. "AIDS"-Merkblatt

Um einer weiteren Ausbreitung der Ansteckung mit dem HIV Einhalt zu gebieten und die Bewohner an die Möglichkeiten von Vorsichtsmassnahmen zu erinnern, hatten 15 TG's (37,5%) ein eigenes oder ein vom Bundesamt für Gesundheitswesen (BAG) übernommenes Merkblatt mit Verhaltensanweisungen herausgegeben.

25 TG's (62,5,%) verzichteten auf das Aushängen von allgemeingültigen und verbindlichen Verhaltensregeln.

Tab. 22: AIDS-Merkblatt

Einstellung	Anzahl TG's	%
Ja	15	37,5
Nein	25	62,5

Im Vergleich des Vorhandenseins eines speziellen "AIDS"-Merkblattes mit der Durchführung von Präventions- und "Safer-Sex"-Beratungen zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang, der dahin ging, dass dort, wo ein Merkblatt vorhanden war, eine grosse Tendenz bestand, die Aufklärung im offiziellen Rehabilitationsprogramm zu integrieren. Wo kein Merkblatt existierte, wurden Präventionsberatungen am häufigsten nach Bedarf geleistet.

Tab. 23: AIDS-Verhaltensmerkblatt und Präventions-beratungen

AIDS-Merkblatt	Präventionsberatungen		
	Ja, offiziell	Nur bei Bedarf	Nein
Ja	9	6	0
Nein	5	18	2

Sign. ** / Cramer' V=0.429

Keine signifikanten Zusammenhänge bestanden zwischen dem Vorhanden-
sein von Merkblättern und

- normierter Grösse der TG's
- Stellenprozenten pro Bett
- prozentualen Anteil der testpositiven Fixer
- Motivation zu einer Testung
- Informationspflicht gegenüber Mitbewohnern und
- Aufklärung von Beziehungspartnern.

6.3.3.3. Umgang mit der Sexualität unter den Bewohnern

Es wurde gefragt, ob sich der Umgang mit der Sexualität und sexuellen Kontakten grundlegende Veränderungen seit dem Bekanntwerden des Problems "AIDS" und der Gefahr einer Ausbreitung durch sexuelle Kontakte erfahren habe.

Den Hintergrund dieser Frage bildeten Überlegungen zur Veränderung der Sexualpraxis bei der Gefahr einer Infektion, wie z.B. ein generelles Sex-Verbot oder die Benützung von Präservativen.

10 TG's (25%) gaben an, dass sich der Umgang mit der Sexualität grundlegend verändert habe nach dem Bekanntwerden von AIDS.

30 TG's (75%) stellten keine Veränderung in dieser Frage in der eigenen Gemeinschaft fest.

Tab. 24: Umgang mit der Sexualität

Veränderungen	Anzahl TG's	%
Ja, grundlegende	10	25,0
Nein	30	75,0

Sowohl bei der Art des Umgangs mit der Sexualität vor 1984, also bevor AIDS in seiner bedrohlichen Dimension wahrgenommen wurde, als auch in der Frage nach einem anderen Umgang heute, zeigten sich in Bezug auf die normierten Grössen der TG's keine signifikanten Unterschiede.

6.3.3.4. Verfügbarkeit einer medizinischen Informationsperson

Insgesamt gaben 38 TG's (95,0%) an, eine medizinische Informationsperson zur Verfügung zu haben, um allfällige Probleme betreffend der Erkrankung an einem HIV-Infekt besprechen zu können. In vielen Fällen übernahm ein Hausarzt diese Funktion, viele TG's orientierten sich aber auch an einem der grösseren "AIDS"-Zentren.

6.3.3.5. Pflege von AIDS-Kranken

Es waren bereits 16 TG's (40%) mit dem Problem einer Erkrankung an Symptomen einer HIV-Infektion konfrontiert. Die betroffenen Gemeinschaften hatten sich in der Folge damit auseinanderzusetzen, ob sie auch betreit wären, AIDS-krankte Leute, die nicht schwer pflegebedürftig sind, weiter in ihrer TG zu betreuen.

Insgesamt bejahten diese Frage 34 TG's (85%).

5 TG's hatten sich noch nicht mit dieser Problematik beschäftigt, gaben demzufolge auch keine Antwort, während nur eine TG diese Frage verneinte.

Tab. 25: Beherbergung von AIDS-Kranken

Einstellung	Anzahl TG's	%
Ja	34	85,0
Nein	1	2,5
Keine Antwort	5	12,5

6.3.4. AIDS-BEWUSSTSEINSGRAD

Es wurde versucht, aus dem vorhandenen Fragenmaterial einen "AIDS-Bewusstseinsindex" zu kreieren, der einem problembewussten Umgang mit der neuentstandenen, bedrohlichen Situation, insbesondere auf der Ebene von Aufklärung und Prophylaxe, entsprechen sollte.

Als adäquate, einfache und auf dem heutigen Wissensstand basierende, vorbeugende und aufklärerische Massnahmen wurden folgende Verhaltensweisen eingestuft:

1. Informationspflicht gegenüber Mitbewohnern innerhalb der therapeutischen Gemeinschaften mit dem Ziel, sich gegenseitig in der Auseinandersetzung und bezüglich der Möglichkeiten einer Prophylaxe zu unterstützen und Strategien für praktikable Verhaltensweisen aufzubauen.
2. Motivation zur Aufklärung der jeweiligen Beziehungspartner, ebenfalls im Hinblick auf ein Verhalten mit möglichst niedrigem Ansteckungsrisiko und hohem Problembewusstsein.
3. Offiziell durchgeführte, für alle Bewohner obligatorische Präventions- und "Safer-Sex"-Beratungen mit dem Ziel, die Klienten über die Möglichkeiten einer Verhinderung weiterer Übertragungen einerseits, andererseits aber auch über die neueren Erkenntnisse in der Krankheitsauffassung und -Entwicklung zu orientieren.
4. Vorhandensein eines verbindlichen "AIDS"-Verhaltensmerkkblattes mit den geforderten und möglichen Massnahmen zur Verhütung weiterer Infektionen.
5. Motivation zu einer HIV-Antikörpertestung im Hinblick auf eine möglichst konkrete Auseinandersetzung mit einer Ansteckung oder auf Vorbeugemassnahmen zu deren Verhinderung.

Weil vor allem prophylaktische Verhaltensweisen erfragt wurden, fehlen Hinweise auf Angebote der TG's, die den betroffenen Bewohnern noch spezielle Möglichkeiten zur Verfügung stellten, damit sich diese mit ihrer

persönlichen Situation, den veränderten Lebensbedingungen und Lebens-
erwartungen auseinandersetzen konnten.

Basierend auf den fünf obengenannten Items wurden zwei Indexe erstellt:

- der erste enthält alle fünf als wichtig ausgewählten Massnahmen zur Begegnung mit der Problematik "AIDS".
- der zweite Index enthält nur noch die ersten drei der obengenannten Massnahmen und ist in diesem Sinne strenger aufklärerisch und prophylaktisch definiert und orientiert.

Demzufolge hatten solche TG's einen hohen Bewusstseinsgrad, die möglichst viele der vorgängig genannten Massnahmen durchführten. Weniger bewusst wurden dementsprechend solche Gemeinschaften eingestuft, die nur wenige oder gar keine der genannten Vorsichts- und Aufklärungsmassnahmen in ihrem Programm hatten.

Tab. 26: "AIDS-Bewusstsein" beruhend auf fünf wichtigen Massnahmen in Bezug zur Grösse der TG's

Anzahl getroffener Massnahmen	Anzahl Plätze		
	bis 9	10-19	20 und mehr
0	0	1	2
1	3	3	0
2	4	2	2
3	4	6	4
4	4	1	3
5	0	1	0

Tab. 27: "AIDS-Bewusstsein" beruhend auf drei wichtigen Massnahmen in Bezug zur Grösse der TG's

Anzahl getroffener Massnahmen	Anzahl Plätze		
	bis 9	10-19	20 und mehr
0	1	3	0
1	9	5	3
2	6	6	5
0	1	1	1

Wenn man beide Indexe nimmt (sowohl mit 5 wie mit 3 Items), ergeben sich im Vergleich mit den normierten Grössen der TG's, mit der Anzahl Stellenprozente, die pro Bett zur Verfügung standen, der Anzahl diagnostizierter Symptome eines HIV-Infektes in der Gemeinschaft und mit dem Anteil an testpositiven Personen keine signifikanten Unterschiede.

Auch die Einstellung zur Arbeit und etwaige Veränderungen in der Arbeitspraxis der Betreuer zeigten keine signifikanten Bezüge zu einem "AIDS"-Bewusstseinsgrad, der auf den drei oder auf fünf Items beruhte.

Da keine Itemanalyse durchgeführt wurde, bzw. die Scaleneigenschaften nicht näher untersucht wurden, ist es sinnvoll, nur grobe Unterschiede zu beachten:

- Bezogen auf die fünf Items wurden solche TG's als "bewusst" eingestuft, die drei und mehr vorgeschlagene Massnahmen trafen, als "wenig bewusst" solche, die keine oder höchstens zwei davon erfüllten.
- Entsprechend wurden die auf den drei Items beruhenden Untersuchungen dahingehend unterteilt, dass keine oder nur eine getroffene Massnahme als "wenig bewusst" und zwei und mehr als "bewusst" galten.

So betrachtet ergaben sich einige erstaunliche Resultate, die später noch einer Erklärung und Diskussion bedürfen.

Die neugeschaffenen Vergleichsgruppen wurden mit folgenden Variablen gekreuzt:

- Grössenklassen der TG's
- Stellenprozenten, die pro Bett zur Verfügung standen und ebenfalls in drei Gruppen unterteilt wurden
- Diagnose einer Erkrankung im Zusammenhang mit einer HIV-Infektion
- Anteil der testpositiven Personen an der Gesamtbewohnerzahl, unterteilt in prozentuale Anteilsgruppen
- Regionen Tessin, Deutschschweiz und französische Schweiz
- Änderungen in der Einstellung zur Arbeit mit den Jugendlichen
- Änderungen in der Arbeitspraxis nach Bekanntwerden von AIDS

Beim zweigeteilten "Bewusstseinsindex" beruhend auf fünf Items ergab sich, dass TG's, die wenig Stellenprozente pro Bett zur Verfügung hatten, bewusster mit der neuentstandenen Situation umgingen, als solche, die eigentlich mehr Zeit für die Beziehung zu ihren Klienten zur Verfügung hatten.

Tab. 28: Modifizierter "AIDS-Bewusstseinsindex" in Abhängigkeit von Stellenprozenten, die pro Bett zur Verfügung stehen (5 Items)

Anzahl getroffener Massnahmen	Anzahl TG's mit entsprechenden Stellenprozenten pro Bett		
	bis 50	51-70	71 und mehr
0-2	1	7	9
3-5	10	9	4

Sign. ***, Goodman's Gamma= -.71

Beim zweigeteilten "Bewusstseinsindex", beruhend auf den drei Items wurde deutlich, dass TG's, die weniger als 50 Stellenprozent pro Bett zur Verfügung hatten, eine deutlich höhere Tendenz hatten, ihre Bewohner mit den Möglichkeiten einer aktiven Aufklärung der Beziehungspartner zu konfrontieren und auch selber Präventions- und "Safer-Sex"-Beratungen durchführten. Sie handelten also "AIDS-problembewusst".

Tab. 29: Modifizierter "AIDS-Bewusstseinsindex" in Abhängigkeit von Stellenprozenten, die pro Bett zur Verfügung stehen (3 Items)

Anzahl getroffener Massnahmen	Anzahl TG's mit entsprechenden Stellenprozenten pro Bett		
	bis 50	51-70	71 und mehr
0-1	3	8	10
2-3	8	8	3

Sign. ** / Goodmann's Gamma: -.59

Bei der absoluten TG-Grösse zeigte sich dieses Verhalten nur tendenziell, nicht signifikant.

Eher erstaunlich war, dass der "AIDS-Bewusstseinsgrad" weder mit der Beurteilung des Informationsstandes, noch mit Veränderungen der Betreuer in der Einstellung zu ihrer Arbeit in der Suchttherapie und auch nicht mit Veränderungen in der konkreten Arbeitspraxis korrelierten (siehe 6.4.2.4.).

Es gab im schematisierten Vergleich (zweigeteilter Index) eine deutliche Tendenz, dass im Tessin und in der welschen Schweiz eher "AIDS-bewusster" gehandelt wurde als in der deutschen Schweiz.

Tab. 30: "AIDS-Bewusstsein" in den verschiedenen Regionen der Schweiz (3 Items)

Anzahl getroffener Massnahmen	Tessin	Welsch- land	Deutsch- schweiz
0-1	1	2	18
2-3	2	8	9

Sign. ** / Phi 0.41

6.4. Analyse verschiedener Reaktionen innerhalb und ausserhalb der therapeutischen Gemeinschaften.

Der letzte Teil der Untersuchung hat drei Themenkreise:

1. Die veränderte gesundheitliche Situation der Drogenabhängigen, die mit dem Virus in Kontakt gekommen sind und sich deshalb mit der Möglichkeit einer verminderten Lebenserwartung auseinanderzusetzen haben, könnte Auswirkungen auf die Entzugsmotivation haben.
2. Die Drogentherapeuten können sich der neuentstandenen Situation nicht entziehen. Wie haben sie darauf reagiert, wie beurteilen sie ihren Informationsstand betreffend "AIDS" und inwieweit hat sich ihre Einstellung zur Arbeit mit Jugendlichen und die konkrete Arbeitspraxis "nach AIDS" verändert?
Gibt es Zusammenhänge zwischen dem "AIDS-Bewusstseinsgrad" und praktischen Konsequenzen in der Arbeit?
3. Durch Informationen in den Medien ist ein gutes, aber eventuell auch verwirrliches Wissen über die Krankheit der Bevölkerung bekannt geworden. Deshalb interessierten in einem dritten Teil die Auswirkungen der AIDS-Problematik auf die nähere Umgebung, sowie auf wichtige Kontakte im Umfeld der TG's und ihrer Bewohner.

6.4.1. Auswirkungen der Testresultate auf die Entzugsmotivation der Drogenabhängigen

a) Testpositive

Die vorherrschende Reaktion bei den testpositiven Fixern war nach dem Gesamteindruck der TG's eine Entmutigung bezüglich des Sinns und der Notwendigkeit eines Drogenentzugs und damit der Drogenfreiheit.

In 14 TG's (35%) war diese Reaktion die vorherrschende Antwort auf die veränderte Lebenssituation nach einer erfolgten Ansteckung. Der Verlust der Hoffnung auf körperliche Unversehrtheit durch Drogenfreiheit dürfte die Hauptursache dieser resignativen Antwort darstellen.

5 TG's (12,5%) gaben demhingegen eine Ermutigung zur Suchtbehandlung als vorherrschende Antwort ihrer Klienten auf die neue Bedrohung an. Hier dürfte eine wichtige Motivation zu diesem Entschluss der Versuch einer Eingrenzung des schon angerichteten Schadens sein.

6 TG's (15%) erwähnten keine Veränderung in der Entzugsmotivation ihrer Bewohner, bei den restliche Gemeinschaften wurden mehrere der gefragten Reaktionsformen beobachtet.

Tab. 31: Auswirkungen auf die Entzugsmotivation von "Positiven"

Effekt	Anzahl TG's	%
Motivierend	5	12,5
Entmutigend	14	35,0
Keinen	6	15,0
Anders / mehrere	15	37,5

b) Testnegative

22 TG's (55%) gaben an, dass sie keine Veränderungen der Entzugsmotivation bei noch negativen Fixern feststellen konnten. Dies könnte dadurch verstanden werden, dass die Sucht in jedem Falle eine Ersatzhandlung darstellt, die erst dann aufgegeben werden kann, wenn grundlegende Bedürfnisse gestillt und ebensolche Einsichten gewonnen werden konnten.

In 11 TG's (27,5%) wurde eine erhöhte Motivation zur Drogenfreiheit festgestellt. Ob es diesen Gemeinschaften, die eine solche Einstellung bei den noch negativen Fixern bewirken konnten, gelang, eine "jetzt aber aufgepasst"-Stimmung zu bewirken, wurde leider nicht erfragt. Vielleicht war auch die Konfrontation mit einer zur Zeit nicht mehr heilbaren Krankheit, verbunden mit dem Verlust der Hoffnung auf ein Leben mit normaler Lebenserwartung und Lebensinhalten ein echter Motivationsgrund, um von der Sucht und damit dem Risiko einer Ansteckung wegzukommen.

Interessant war, dass nur eine TG als hauptsächliche Reaktion der testnegativen Fixer eine Entmutigung betreffend einer Drogenrehabilitation angab.

Tab. 32: Auswirkungen auf die Entzugsmotivation von "Negativen"

Effekt	Anzahl TG's	%
Motivierend	11	27,5
Entmutigend	1	2,5
Keinen	22	55,0
Anders/mehrere	6	15,0

6.4.2. AUSWIRKUNGEN AUF DAS BETREUERKOLLEKTIV

Ziel der folgenden Untersuchungen soll es sein, zu beschreiben, wie die Gruppe der Drogentherapeuten oder Betreuer der "Risikogruppe Drogensüchtige" auf die neuenstandene Situation, die viele Prinzipien und Ziele der aktuell praktizierten Drogentherapie mit dem Ziel der Suchtfreiheit in Frage stellt, reagiert hat.

Dazu diente die Frage nach der Einstellung zur Testung, die beinhaltete, dass auch Drogentherapeuten über ihre Ansteckungssituation Bescheid wissen wollten oder gerade mittels eines negativen Befundes ihrer eigenen Untersuchungen zum Abbau von Ängsten in der Bevölkerung im Kontakt mit infizierten Personen beitragen wollten.

Weiter interessierte der Informationsstand in subjektiver Einschätzung, dh., die Frage, ob die Betreuer selber das Gefühl hatten, genug theoretisches Rüstzeug und Wissen zu haben, um ihre Aufgabe auch in dieser Hinsicht gegenüber ihren Klienten erfüllen zu können.

Als letztes wurde die Dynamik und die Auswirkungen auf Arbeit und Arbeitsplatz beleuchtet.

6.4.2.1. Testung der Betreuer

4 TG's (10%) führten auch für die Betreuer eine obligatorische Testung durch, 24 TG's (60%) stellten es ihnen frei, sich testen zu lassen und 12 TG's (30%) beantworteten diese Frage mit nein.

Tab. 33: Testung der Betreuer

Testverhalten	Anzahl TG's	%
Test obligatorisch	4	10,0
Test freiwillig	24	60,0
Kein Test	12	30,0

Insgesamt liessen sich 169 von 401 Mitarbeitern (42,1%) testen.

Nach den Testresultaten wurde aus Gründen der Diskretion und der Intimität der Betreuer nicht gefragt. Es ist aber anzunehmen, dass diese aus Angst vor einer Ansteckung oder zur Standorts- und Verlaufsbestimmung durchgeführt wurden. Daneben konnten diese Resultate auch dazu dienen, aufzuzeigen, dass man im Zusammenleben mit angesteckten Fixern nicht angesteckt werden kann.

6.4.2.2. Informationsstand betreffend AIDS

Der Informationsstand wurde von 26 TG's (65%) als gut angegeben.

13 TG's (32,5%) bezeichneten ihren Wissensstand als befriedigend und nur eine als schlecht.

Tab. 34: Informationsstand betreffend AIDS

Anzahl	TG's	%
Gut	26	65,0
Befriedigend	13	32,5
Schlecht	1	2,5

Woher die Gemeinschaften ihr Wissen über AIDS bezogen, wurde nicht erfragt. Es wurde auch nicht die Qualität des Wissens geprüft, sondern von subjektiven Einschätzungen der Kollektive ausgegangen mit dem Ziel, die Verhältnisse nur zu widerspiegeln, nicht genauer zu analysieren.

Die Einschätzung des Informationsstandes korreliert in keiner Weise mit einer der befragten Massnahmen oder Einstellung zu den möglichen Verhaltensweisen in Konfrontation mit dem Problem "AIDS".

6.4.2.3. Einstellung zur Arbeit mit Jugendlichen nach Bekanntwerden der Krankheit AIDS

Die Idee zu dieser Frage war, ein Stimmungsbild der neuentstandenen Situation in der Drogenrehabilitation dadurch wiederzugeben, dass nach den Auswirkungen der veränderten Therapiebedingungen und -ziele nach Bekanntwerden der existenziellen Bedrohung durch AIDS gefragt wurde.

Die Betroffenheit sollte sich in einer Reflexion über neue Inhalte und demzufolge in einer veränderten Einstellung zur Arbeit niederschlagen.

Zum Zeitpunkt der Umfrage gaben 7 TG's (17,5%) an, dass sich das Verhältnis zu ihrer Arbeit mit Jugendlichen wesentlich geändert habe.

Der grösste Teil, nämlich 33 TG's (82,5%) gaben keine veränderte Einstellung zu ihrer Arbeit an. Das könnte heissen, dass nach wie vor Drogenfreiheit im Zentrum der therapeutischen Bemühungen standen und die Auseinandersetzung mit der inhaltlichen und existentiellen Bedrohung des Lebens der Klienten noch zu keinen Konsequenzen in der Einstellung zur Arbeit mit den Jugendlichen geführt hatten.

Tab. 35: Auswirkungen auf die Einstellung zur Arbeit mit Jugendlichen

Anzahl	TG's	%
Ja, wesentlich	7	17,5
Nein, praktisch nicht	33	82,5

6.4.2.4. Veränderungen in der Arbeitspraxis "nach AIDS"

Den Angaben von 8 TG's (20%) zufolge hatte sich die konkrete Arbeitspraxis durch die Auseinandersetzung mit AIDS wesentlich geändert, was heissen

könnte, dass diese TG's den veränderten Bedingungen und Anforderungen der neuen Situation Rechnung tragen konnten.

31 TG's (77,5%) verzeichneten keine wesentlichen Änderungen in der täglichen Arbeit mit den Drogenpatienten.

Tab. 36: Auswirkungen auf die Arbeitspraxis

Anzahl	TG's	%
Ja, wesentliche	8	20,0
Nein, praktisch keine	31	77,5

In den Kreuztabellenanalysen ergaben sich keine signifikanten Zusammenhänge im Vergleich zu getroffenen Präventions- und Aufklärungsmassnahmen, die früher beschrieben wurden (Informationspflicht gegenüber Mitbewohnern, Motivation zur Aufklärung der Beziehungspartner, Präventions- und "Safer-Sex- Beratungen, "AIDS-Merkblatt und Motivation zur Antikörpertestung).

Ebenso gab es keine deutlichen Zusammenhänge zwischen der Änderung der Arbeitspraxis und der Grösse der Gemeinschaften.

Erstaunlich war, dass auch der "AIDS-Bewusstseinsgrad" und Veränderungen in der Einstellung zur und in der Praxis der Arbeit weder im detaillierten, noch im schematisierten Vergleich signifikant korrelierten. Es scheint, dass sich trotzdem auf der praktischen Ebene doch Veränderungen durch die Auseinandersetzung mit AIDS ergeben haben, die sich aber noch nicht auf der Ebene eines "Bewusstseins" niedergeschlagen haben.

Höchstwahrscheinlich wurden die neuen Anforderungen und Anpassungen an die Realität einfach in den Alltag integriert, ohne dass man sich vorher klarzuwerden versuchte, auf was für einer Grundlage die neuen

Verhaltensweisen gründeten.

6.4.3. AUSWIRKUNGEN DER AIDS-PROBLEMATIK AUF DIE NÄHERE UMGEBUNG DER THERAPEUTISCHEN GEMEINSCHAFTEN

Bis jetzt wurden vor allem Auswirkungen und Veränderungen angesichts der Probleme um AIDS innerhalb der TG's untersucht.

Ebenso interessierte aber, wie die Umgebung und enger mit den TG's verbundene Personen oder Berufsgruppen reagierten, als deutlich wurde, dass es sich bei AIDS um eine übertragbare und oft tödlich verlaufende Krankheit handelte.

Es zeigte sich, dass beinahe die Hälfte der TG's, nämlich 19 (47,5%), Schwierigkeiten mit Ärzten und Zahnärzten hatten.

Dies ist sehr bedauerlich, weil viele Drogenabhängige während ihrer Sucht die körperliche Gesundheit arg vernachlässigen und oft eine körperliche "Sanierung" ein erstes und wichtiges Indiz für ein neues Körpergefühl und Hoffnung auf ein drogenfreies Leben darstellt.

Weiter ist es deprimierend, dass gerade eine Berufsgruppe, die als erste über Ursachen, Verbreitung, Ansteckungs- und Präventionsmöglichkeiten aufgeklärt gewesen sein sollte, so unadäquat und selbstbedroht reagierte.

12 TG's (30%) gaben an, dass sich mit Beziehungspartnern ihrer Klienten Probleme im Zusammenhang mit AIDS ergaben.

7 TG's (17,5%) mussten sich mit Reaktionen der unmittelbaren Umgebung auseinandersetzen, die von Nachbarn oder den Einwohnern der Standortgemeinden ausgingen.

Durch das Problem AIDS ausgelöste Schwierigkeiten mit Angehörigen der Bewohner (Eltern, Geschwister, Verwandte etc.) hatten 6 TG's (15%).

Keine zusätzlichen Probleme ergaben sich im Bereich der Dienstleistungen, beim Verkauf eigener Produkte, in Restaurants und Schwimmbädern.

Tab. 37: Schwierigkeiten mit der "Umgebung"

Mit wem?	Anzahl TG's	%
Ärzte / Zahnärzte	19	47,5
Beziehungspartner	12	30,0
Unmittelbarer Umgebung	7	17,5
Angehörige	6	15,0

7. ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION

7.1 Das stationäre Therapieangebot und die Belegung mit Drogensüchtigen

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden 40 suchtttherapeutisch tätige Gemeinschaften (TG'S) mit einem Anteil von je über 50% an Fixern hinsichtlich ihres Umgangs mit dem Problem "AIDS" befragt. Diese 40 TG's verteilten sich wie folgt auf die ganze Schweiz: Deutschschweiz 27, französischsprachige Schweiz 10, Tessin 3. Es waren alle uns im Frühjahr 1986 bekannten, klinikunabhängigen Institutionen der stationären Drogenrehabilitation unseres Landes.

Alle befragten Wohngemeinschaften nahmen an der Umfrage teil, so dass die Resultate, trotz der zum Teil tiefen Probandenzahlen, als repräsentativ gelten dürfen.

Im Sommer 1986 standen insgesamt 636 stationäre Rehabilitationsplätze für Heroinabhängige und andere Drogenklienten zur Verfügung. Aktuell waren zum Zeitpunkt der Untersuchung 82,2% der Plätze belegt, was einer Bewohnerzahl von 523 entspricht.

Wenn man bedenkt, dass viele Suchtpatienten gerade am Anfang einer Suchtbehandlung der Rehabilitation sehr ambivalent gegenüberstehen, demzufolge Therapieabbrüche nicht selten sind, ist die Auslastung recht hoch, v.a. wenn man noch bedenkt, dass Auswahlverfahren und Bewerbungsprocedere z.T. sehr aufwendig sind.

Die 523 Drogenklienten wurden von insgesamt 401 Mitarbeitern betreut, deren durchschnittlicher Beschäftigungsgrad 91,3% betrug.

Pro Bett eines Bewohners gab es durchschnittlich 77,7 Betreuer-Stellenprozentage in TG's mit bis zu 9 Betten, jedoch nur 48,7 Stellenprozentage bei grossen, mehr als 20 Betten aufweisenden Gemeinschaften.

Die hospitalisierten Drogenabhängigen unterteilten sich in 481 Fixer und 42 Nichtfixer (Medikamenten-, Alkohol-, Kokain- und andere Süchtige).

Der Anteil von über 90% Fixern spricht für die hohe Spezifität der angebotenen Therapien.

Die prozentuale Verteilung von 70% Fixern und 30% Fixerinnen entspricht in etwa der Verteilung von Männern und Frauen in der Heroinszene, wo die Zahl der Fixerinnen auf rund einen Drittel geschätzt wird. In den Methadonprogrammen befinden sich ungefähr 27% Frauen (Uchtenhagen 1985, Weber 1983).

7.2. HIV-Test und Ausbreitung der HIV-Infektion

Zum Zeitpunkt der Untersuchung hatten sich 88,5% der Gesamtbewohnerzahl bereits testen lassen. Der Anteil der getesteten Fixer betrug 90,0% (433).

Darin zeichnet sich eine klare Haltung der betreuenden Fachleute ab.

Es ist anzunehmen, dass die Motivation zu einer Testung eher seltener von den Fixern selber ausgeht. Sie haben meist schon längere Fixerkarrieren hinter sich und sind demzufolge auch schon verschiedentlich mit medizinischen und strafrechtlichen Institutionen in Kontakt gekommen. Dort dürften sie von Medizinern, die mit den Drogensüchtigen im Rahmen eines der Rehabilitation vorgängigen Entzugs oder einer somatischen Erkrankung in Kontakt kamen, oder von Drogenfachleuten, die sie in ambulanten oder stationären Einrichtungen betreuten, dazu motiviert worden sein.

Oft wird aber auch ohne Einverständnis und Wissen der Klienten Blut für eine HIV-Testung abgenommen, einerseits aus diagnostischen Überlegungen, andererseits sicher auch deshalb, weil es für das betreuende Personal wichtig erscheint, über die Gefahr einer möglichen eigenen Ansteckung informiert zu sein.

Aus den erhaltenen Zahlen lässt sich deutlich folgern, dass der hohe Prozentsatz von Getesteten nicht die Folge einer obligatorischen Testung bei Therapieantritt ist, sondern dass die meisten Testungen schon in der Zeit davor stattgefunden haben.

Der Anteil der getesteten Personen ist so hoch, dass sich die Diskussion um die Einstellung zu einem Testobligatorium schon beinahe erübrigt. Es wäre

sinnvoll, wenn die ambulanten Institutionen und Drogenberatungen auch offiziell eine einheitliche Haltung den Testungen gegenüber einnehmen würden. Die durchgehende Motivation der Drogenklienten zum anonymen HIV-Test sollte vor allem der Erfassung und Betreuung von Angesteckten dienen.

Von den getesteten Fixern waren 55,0% (238) positiv, hatten also bereits mit dem HIV-Virus Kontakt. Hier soll noch erwähnt werden, dass zur Untersuchungszeit keine positiven Nichtfixer in den TG's hospitalisiert waren. 45,0% (196) der Getesteten waren negativ.

Die Durchseuchung in den therapeutischen Gemeinschaften ist im Vergleich zu Zahlen von getesteten Fixern aus ambulanten Einrichtungen, die die Testung anonym durchführten und die Resultate zur Auswertung an das Bundesamt für Gesundheitswesen (BAG) weiterleiteten, hoch, beträgt doch in diesen Institutionen die Ansteckungsrate der betreuten Fixer ca. 35% (BAG, Nov. 1986). Der Unterschied lässt sich zum Teil damit erklären, dass die Klienten der TG's meist eine wesentlich längere Drogenkarriere hinter sich haben, als die Fixer auf der Gasse und dies, wie Untersuchungen aus dem DROP IN zürich belegen, einen deutlichen Zusammenhang mit der Wahrscheinlichkeit einer Ansteckung hat.

Die 30 Nichtfixer, die den Test absolvierten, waren allesamt negativ, was mir ein wichtiges Indiz dafür erscheint, dass durch ein soziales Zusammenleben das Virus nicht übertragen wird.

Nach Angaben der Fragebogenbeantworter wurden bei 11,3% (27) der testpositiven Bewohnern von einem Arzt Symptome einer HIV-Infektion diagnostiziert. Diese leider nicht genügend abgesicherten und nachkontrollierten Ergebnisse zeigen aber doch, dass bei einem recht grossen Prozentsatz von testpositiven Fixern die Latenz überschritten und eine Erkrankung aus dem Formenkreis von AIDS ausgebrochen ist.

Die erkrankten Fixer verteilten sich auf 16 TG's, was bedeutet, dass bereits 40% der Gemeinschaften mit Folgeerkrankungen einer HIV-Infektion konfrontiert waren.

Bis zum Untersuchungszeitpunkt waren acht testpositive Frauen schwanger geworden, fünf davon gebaren ein Kind. Nur drei haben also abgetrieben

oder das Kind verloren. Ob der grosse Anteil von geborenen Kindern auf eine mangelnde Aufklärung über deren Gefährdung durch eine Ansteckung mit HIV zurückgeht oder ob die Frauen einen so starken Kinderwunsch hatten, dass an eine Interruptio nicht zu denken war, muss an anderen Orten untersucht und diskutiert werden.

Nach den heutigen Erkenntnissen muss HIV-positiven Frauen dringend von einer Schwangerschaft abgeraten werden, da eine hohe Rate vertikaler Übertragungen während der Schwangerschaft und/oder unter der Geburt zu erwarten ist.

Wichtig ist eine sehr genaue Aufklärung über Verhütungsmöglichkeiten und deren Praktizierung, sowie eine möglichst offene und vertrauenswürdige Diskussion der neuen Realitäten mit den HIV-positiven Frauen, die sicher bis in die weitere Zukunft auf eigene Kinder werden verzichten müssen wollen sie nicht das hohe Risiko einer Gefährdung der Kinder eingehen.

7.3. Auswirkungen der Problematik "AIDS" auf die therapeutischen Gemeinschaften und Handhabung von Aufklärungs- und Vorsichtsmassnahmen in Konfrontation mit der neuen Situation nach dem Bekanntwerden von AIDS.

Generell kann zu den Untersuchungsbefunden gesagt werden, dass die Drogentherapeuten bis zum Untersuchungszeitpunkt noch nicht sehr stark auf die veränderte Situation reagiert haben. Den Resultaten zufolge scheint es, dass es zur Zeit der Befragung vielfach noch möglich war, mit einer positiven Utopie in Bezug auf AIDS zu leben und all die bedrohlichen und tödlichen Aspekte mehr oder weniger aus der Arbeit und damit aus den Beziehungen mit den Klienten zu verdrängen.

Die zentrale Frage der vorliegenden Arbeit untersuchte die Auswirkungen des Phänomens "AIDS" auf die Arbeitsweise und die Beziehungen innerhalb einer sozialen Struktur. In unserem Falle waren die sozialen Strukturen die therapeutischen Gemeinschaften der stationären Drogenrehabilitation.

35,0% (14) der TG's führten bei Eintritt obligatorischerweise einen HIV-Test durch. Der grösste Teil, 50% (20), stellte es den Eintretenden frei, sich testen zu lassen. 37,5% (15) der TG's motivierten ihre Klienten zur freiwilligen Testung. Insgesamt 72,5% aller Wohngemeinschaften motivierten also entweder ihre Klienten zur Testung oder führten eine obligatorische Testung durch.

Es zeigte sich signifikant, dass diejenigen TG's, die ihre Bewohner zur Testung motivierten, auch häufiger ihre Drogenklienten dahingehend beeinflussten, ihre Beziehungspartner über die eigenen Testbefunde aufzuklären.

Gemeinschaften mit einem hohen Anteil an testpositiven Bewohnern hatten deutlich häufiger eine klare Haltung der Testung gegenüber, als solche mit einem geringen Anteil an Testpositiven, die es den Klienten eher freistellten, sich selber testen zu lassen.

Nur gerade eine TG zog testnegative den testpositiven Bewerbern für eine Aufnahme vor.

50% (20) der therapeutischen Gemeinschaften übten keinen Einfluss auf die Information der Mitbewohner hinsichtlich der Testresultate der einzelnen Bewohner aus. 27% (11) der TG's hatten dagegen eine obligatorische Informationspflicht, 22,5% (9) stellten es den Klienten frei, ihre Mitbewohner über die eigenen Testresultate aufzuklären.

80% (32) der TG's motivierten ihre Bewohner, ihre jeweiligen Beziehungspartner über die eigenen Testresultate zu informieren. Es bestanden signifikante Zusammenhänge zwischen der Motivation zur Testung oder einem Testobligatorium und der Einstellung zu Präventions- und "Safer-Sex"-Beratungen einerseits und zur Aufklärung der Beziehungspartner über die Testbefunde andererseits: Wenn zur Testung aufgefordert wurde und/oder ein Obligatorium bestand, wurde in 60% (25) der TG's eine Aufklärung der Beziehungspartner befürwortet. 80% (32) führten offiziell oder bei Bedarf

Präventionsberatungen durch und motivierten gleichzeitig die Klienten zur Information ihrer Beziehungspartner.

Nur 35% (14) der Gemeinschaften führten offizielle und ins Programm integrierte Aufklärungs- und "Safer-Sex"-Beratungen durch. Der Grossteil, 60% (24 TG's) tat dies nur bei Bedarf. Es fiel auf, dass die grossen Gemeinschaften die Beratungen häufiger institutionalisiert hatten, als die kleinen, die eher zur Aufklärung nach Bedarf tendierten. Auch zeigte sich, dass therapeutische Gemeinschaften mit vergleichsweise wenigen Stellenprozenten, die zur Betreuung pro Bett eines Bewohners zur Verfügung standen, eher offizielle Aufklärungs- und Präventionsberatungen durchführten, als solche mit vielen Stellenprozenten oder Betreueranteilen pro Bett. 37,5% (15) der TG's hatten ein eigenes oder ein vom Bundesamt für Gesundheitswesen (BAG) herausgegebenes AIDS-Merkblatt. Diejenigen TG's, die ein solches Merkblatt herausgaben, hatten signifikant die Tendenz, die Aufklärung ins offizielle Rehabilitationsprogramm zu integrieren.

In einem Viertel der therapeutischen Gemeinschaften (10) ergaben sich infolge von "AIDS" grundlegende Veränderungen im Umgang mit der Sexualität. Diese gehen von einem grösseren Druck zur Information der Sexualpartner über das Empfehlen und zur Verfügungstellen von Präservativen bis hin zu Verboten von sexuellen Beziehungen zwischen den Klienten während des Aufenthalts in der Gemeinschaft.

95% (38) der Wohngemeinschaften hatten eine medizinische Informationsperson zur Verfügung, um allfällige Probleme betreffend der Erkrankung an Symptomen in Zusammenhang mit AIDS zu besprechen.

85% (34 TG's) waren der Meinung, dass AIDS-kranke Bewohner, die nicht schwer pflegebedürftig sind, weiter durch die Gemeinschaft betreut werden könnten. Dies widerspiegelt sicher die Art der gemeinsamen Beziehung

zwischen Klient und Drogentherapeut, die zum Ziel hat, dem Suchtkranken wieder Vertrauen in die eigene Existenz zu geben.

Im Versuch, aus dem vorhandenen Fragenmaterial einen "AIDS-Bewusstseinsindex" zu kreieren, der Aufschluss über den situations- und problemgerechten Umgang mit der "AIDS"-Problematik geben sollte, zeigten sich folgende Resultate:

In Bezug auf die ausgewählten Items (Informationspflicht gegenüber den Mitbewohnern, Motivation zur Aufklärung der Beziehungspartner, offiziell durchgeführte Präventions- und "Safer-Sex"-Beratungen, Vorhandensein eines verbindlichen "AIDS"-Merkblattes und Motivation zur HIV-antikörpertestung ergaben sich keine signifikanten Unterschiede, wenn man all diese Items mit denen der Grösse der TG's, mit der Anzahl der Stellenprozent, die zur Betreuung pro Bett eines Bewohners zur Verfügung standen, mit der Anzahl Bewohner mit diagnostizierten Symptomen eines HIV-Infektes und mit dem Anteil an testpositiven Personen in Beziehung setzte.

Wendet man ein gröberes Raster an, so zeigte sich, dass grosse, einen kleinen Betreuer-Klientenschlüssel aufweisende therapeutische Gemeinschaften eine deutlich höhere Tendenz aufwiesen, ihre Bewohner mit den Möglichkeiten einer aktiven Aufklärung der Beziehungspartner zu konfrontieren und auch häufiger selber Präventions- und "Safer-Sex"-Beratungen durchführten.

Dieser Befund stand im Gegensatz zur allgemeinen Erwartung, dass sich die Bedrohung des Lebens eines Menschen, mit dem man intensiv zusammenlebt, sehr stark auf die zwischenmenschliche Beziehung auswirkt und demzufolge mehr aktive Auseinandersetzung und offene Angst sichtbar würde.

Eine mögliche Erklärung dieses Phänomens bildet die wahrscheinlich bürokratischere und hierarchisiertere Struktur der grossen Gemeinschaften, wodurch eine kollektive und ins Programm integrierte Auseinandersetzung

mit der neuentstandenen Situation deutlich begünstigt wird. Im Gegensatz dazu sind die kleineren TG's, bei denen die Kontakte und Therapien auf einem individuelleren und vielleicht auch persönlicheren Niveau verlaufen, anfälliger für Irritationen dieser Art.

Die Intensität einer zwischenmenschlichen Beziehung, die Nähe im Kontakt, die privatere Atmosphäre, eine partnerschaftlichere Begegnung zwischen Klient und Therapeut begünstigen ein Phänomen, das in schwierigen Situationen das Leben noch lebbar und hoffnungsvoll erhalten kann: die Verdrängung der Bedrohung des Lebens und damit der Beziehung der Partner.

So verstanden, müsste man das Verhalten vieler, vor allem kleinerer TG's dahingehend interpretieren, dass durch AIDS die Bedrohung der Arbeit in der Drogenrehabilitation an sich, aber auch die der zwischenmenschlichen Beziehungen so gross wurde, dass die existenzielle Bedrohung aus der gemeinsamen Beziehung verdrängt werden und dies auch so lange bleiben muss, bis der Druck der Realität die Verdrängung nicht mehr aufrechterhalten lässt. Erst durch diese Konfrontation kann die Auseinandersetzung mit der Gefährdung weitergehen.

Man kann es in der Auseinandersetzung um AIDS nicht dabei bewenden lassen, dass ein solches Verhalten zwar menschlich, aber der Situation nicht angemessen ist. Es müssen neue Formen des Umgangs mit den Problemen gefunden werden und zwar solche, die den jeweiligen Verhältnissen der TG's angepasst und ihrer Situation adäquat sind. Ob dies geschieht, indem man die Auseinandersetzung um AIDS fest ins Rehabilitationsprogramm integriert und sich damit zur Konfrontation mit der Bedrohung zwingt oder ob man individuellere Möglichkeiten wählt, muss in den TG's selber diskutiert werden. Wichtig scheint das Bewusstsein darüber zu sein, dass man leicht die ganzen Probleme verdrängt, die auftauchen können, um so die innere Vorstellung einer unbedrohten Beziehung aufrechterhalten zu können.

Diese Tendenz wird noch dadurch unterstützt, dass durch AIDS die ganze Drogenrehabilitation in Frage gestellt wird und deshalb sowohl für die Therapeuten wie die Klienten die "Existenzen" bedroht sind.

Neben dem Faktum der Verdrängung vor allem in kleineren Gemeinschaften, die mehr Betreueranteile pro Klienten zur Verfügung haben, ist weiter auffällig, dass sich aus den Antworten keine klaren, gemeinsamen Strategien in der Begegnung mit den Problemen um AIDS erkennen lassen. Es scheint, dass alles recht unkoordiniert vor sich ging und eher nach auftauchenden Bedürfnissen und Erfordernissen Prävention und Aufklärung betrieben wurde, als mit einer der Problematik adäquaten Strategie.

So erstaunt es auf den ersten Blick, dass zum Beispiel die Information der Beziehungspartner zu 80% befürwortet wird und die Klienten motiviert werden, die zu tun, hingegen gegenüber den Mitbewohnern eine Informationspflicht über die bekannten Testresultate der Bewohner nur in 27,5% besteht. 50% der TG's lehnen eine solche sogar ab.

Im Tessin und in der welschen Schweiz wurde signifikant "AIDS-bewusster" gehandelt, als in der deutschen Schweiz. Worauf dies zurückzuführen ist, war in der vorliegenden Arbeit nicht zu eruieren.

Erstaunlich war, dass der "AIDS-Bewusstseinsgrad" weder mit der Beurteilung des Informationsstandes betreffend "AIDS", den 97,5% der TG's als gut oder befriedigend angaben, noch mit der durch "AIDS" veränderten Einstellung der Betreuer zu ihrer Arbeit in der Suchttherapie, noch mit Veränderungen in der konkreten Arbeitspraxis korrelierten.

Die "Verdrängungstheorie" könnte dies mit den erhobenen Befunden in Einklang bringen und zwar dadurch, dass das Kennen von Zahlen und Fakten wohl das Gefühl von Informiertheit gibt. Das heisst aber noch lange nicht, dass dieses Wissen in den konkreten Alltags- und Beziehungssituationen auch zugänglich ist, gerade wenn die Bedrohung des Lebens so gross ist wie bei AIDS.

35% (14) der TG's beurteilten die Reaktion der testpositiven Fixer auf den Sinn und die Notwendigkeit eines Drogenentzugs als Entmutigung. Für testnegative Fixer gaben 27,5% (11) der TG's an, der Effekt des negativen Testresultat wirke sich motivierend auf die Entzugsbehandlung aus. 55% (22 TG's) konnten keine sichtbaren Auswirkungen auf die Entzugsmotivation ihrer testnegativen Klienten feststellen.

Nur in 17,5% (7 TG's) ergaben sich wesentliche Auswirkungen auf die Einstellung zur Arbeit mit jugendlichen Drogenklienten nach Bekanntwerden der Krankheit AIDS. Die konkrete Arbeitspraxis änderte sich in 8 TG's (20%) infolge der Auseinandersetzung um AIDS grundsätzlich.

Um dieses deutliche Resultat richtig zu verstehen ist es wichtig, sich den Zeitpunkt der Befragung in Erinnerung zu rufen: Im Sommer 1986 wurde es in den Massenmedien eigenartig still um das Problem AIDS. Die Forscher aber sahen sich mit z.T. erschreckenden Krankheitsverläufen konfrontiert, in denen bis zu 80% der Infizierten in einem Zeitraum von 5 Jahren an manifesten Symptomen von AIDS erkrankten (Brodts 1986) und dies, da eine Heilung noch nicht möglich war und ist, für die betroffenen den Tod bedeutete.

Man könnte also sagen, dass im Sommer 1986 vor der Kulisse wieder einigermassen Ruhe um "AIDS" einkehrte und man sich durch das latenzbedingte Ausbleiben von manifest Erkrankten mit den bekannten Morbiditätsraten von 5-10% abfinden konnte, während hinter den Kulissen beängstigende Erkenntnisse gemacht wurden, die erst im Herbst desselben Jahres an die breitere Öffentlichkeit gelangten.

Die Drogentherapeuten selber wurden zum grossen Teil an der gesamtschweizerischen Tagung des Vereins schweizerischer Drogenfachleute vom September 1986 erstmals über die veränderten Lebenserwartungen ihrer bereits infizierten Klienten orientiert.

So ist anzunehmen und auch zu hoffen, dass dieses neue Wissen Eingang in die Rehabilitation von Heroinsüchtigen gefunden hat und Aufklärung wie Prävention ausführlicher und bestimmter betrieben werden, als zum Zeitpunkt der Untersuchung.

Die Frage, ob die vorliegende Arbeit die wirklichen Verhältnisse in den TG's zu widerspiegeln vermochte, oder ob die Bewohner und Betreuer individuellere und mit allgemein gehaltenen Fragen schlecht erfassbare Wege in der Konfrontation mit der Bedrohung durch AIDS gefunden haben, muss in der Diskussion meiner Resultate in den einzelnen TG's selbst beurteilt werden.

4 TG's (10%) führten auch für die Betreuer eine obligatorische Testung durch und 24 TG's (60%) stellten es den Mitarbeitern frei, sich testen zu lassen. Insgesamt absolvierten 169 von 401 Mitarbeitern (42,1%) den Test.

Ob dies aus Angst vor einer Ansteckung, zur Standort- und Verlaufsbestimmung betreffend der Ansteckung von Mitarbeitern oder zum Beweis, dass HIV im Zusammenleben mit Fixern nicht übertragen wird, geschehen ist, wurde nicht erfragt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass bereits 55,0% der HIV-getesteten Fixer, die sich in den Institutionen der stationären Drogenrehabilitation befanden, also oft schon eine längere Drogenkarriere hinter sich hatten, mit dem Virus infiziert waren und mit der möglichen Erkrankung an AIDS konfrontiert sind.

Die therapeutischen Gemeinschaften hatten bis im Sommer 1986 auf diese schwerwiegende Problematik noch nicht massiv reagiert. Es zeigte sich, dass grosse therapeutische Gemeinschaften mit einem kleinen Mitarbeiter-Klientenschlüssel sich "AIDS-problembewusster" und adäquater der neuentstandenen Situation gegenüber verhielten, als kleine Gemeinschaften,

die mehr Stellenprozente pro Klient zur Verfügung hatten und demzufolge höchstwahrscheinlich auch enger mit ihren Bewohnern zusammenlebten.

Die Folge dieses intensiveren, zwischenmenschlichen Zusammenseins könnte die Verdrängung der Bedrohung des Lebens der Klienten, und die Infragestellung der sinnvollen Tätigkeit als Drogentherapeut mit dem Ziel der Drogenfreiheit sein. Bis "AIDS" kam bedeutete Drogenfreiheit die Chance der Wiederherstellung sowohl der körperlichen Gesundheit, als auch der sozialen Intergration.

All dies wurde nun durch "AIDS" in Frage gestellt: Die tödliche Bedrohung des Lebens der Klienten führt allenfalls zum Verlust der sinn- und hoffnungsvollen Inhalte der Arbeit in Bezug auf die obengenannten Ziele der Gesundheit der Klienten und ihrer gesellschaftlichen Integration.

Es interessierte, ob anderenorts ähnliche Untersuchungen durchgeführt wurden, um die eigenen Ergebnisse zu diskutieren.

Ich musste feststellen, dass die Quellen, die ich zur Literatursuche benutzte (on line recherche, Literatursuchdienst der Ciba-Geigy) und weitere Literatur aus Fachpublikationen keine vergleichbaren Untersuchungen aufwiesen.

9. RESUMEE

Nach einer Einleitung, die dem sozio-kulturellen Phänomen der Problematik und der Krankheit AIDS gewidmet ist, folgt ein medizinisch-epidemiologischer Teil. Darin versuche ich einen verständlichen Einblick in die Pathogenese und die Infektionsmechanismen zu geben, die letztendlich zur Krankheit AIDS führen. Die Diagnostik und Klinik der Krankheit AIDS wird danach aufgeführt. Weiter werden epidemiologische Gesichtspunkte berücksichtigt und Möglichkeiten der Prophylaxe anhand der bis zum Herbst 1986 verfügbaren Literatur beschrieben und besprochen.

Im dritten Teil wird versucht, eine, wegen fehlender Literatur und schwierig zu erhaltenden, objektiven Stellungnahmen, zwangsläufig subjektive Übersicht über die Situation in der Fixerszene, in den ambulanten Einrichtungen sowie in der stationären Drogenrehabilitation zu geben. Danach folgt die Untersuchung, deren Ergebnisse den Hauptinhalt der vorliegenden Arbeit darstellen.

Es zeigte sich, dass die bestehenden Einrichtungen der stationären Drogenrehabilitation sehr gut belegt sind. Die Durchseuchung des Fixerkollektivs ist mit einem Anteil von 55% der Getesteten erschreckend hoch. Der Unterschied zur niedrigen Infiziertenrate auf der "Gasse" lässt sich durch die meist längere Abhängigkeitsdauer der Fixer im Entzug gegenüber jenen auf der "Gasse" erklären. Bei 11,7% der infizierten Fixer wurden bereits Symptome einer HIV-Infektion durch einen Arzt diagnostiziert. Acht testpositive Frauen wurden schwanger, fünf davon haben ein Kind geboren.

Im weiteren wird die Handhabung von Abklärungs- und Vorsichtmassnahmen in der Konfrontation mit der Krankheit AIDS untersucht und diskutiert. Darin zeigte sich, dass bis zum Zeitpunkt der Untersuchung im Sommer 1986 die Einrichtungen der stationären Drogenrehabilitation insgesamt noch nicht massiv auf die Bedrohung des Lebens der Klienten und des Inhalts der therapeutischen Drogenrehabilitation mit dem Ziel der Drogenfreiheit reagiert

hatten. Insgesamt handelten grosse therapeutische Gemeinschaften mit einem kleinen Mitarbeiter-Klienten-Schlüssel eher "AIDS-problembewusst", als kleine, mehr Stellenprozente pro Bett eines Bewohner aufweisende und deshalb höchstwahrscheinlich in ihrer Struktur familiärere Wohngemeinschaften.

In der Diskussion der Resultate wird versucht, den Faktor der Verdrängung zu analysieren, denn es scheint, dass in einer intensiveren zwischenmenschlichen Beziehung die Bedrohung durch Krankheit und Tod eher verdrängt werden muss, als in mehr institutionalisiert-therapeutischen Beziehungen.-

LITERATURVERZEICHNIS

Altman, D.F.: Kaposi's sarcoma: Gastrointestinal manifestations. Front. Radiat. Th Onc., vol 19, 1985, 123-125

Altman, D.F.: Gastrointestinal cryptosporidiosis and cytomegalovirus enterocolitis. Front. Radiat. Ther. Onc., vol 19, 1985, 88-90

Armstrong D., Gold, J.W., Dryjaskei, J., Whimbey, E., Polsky, B., Hawkins, C., Brown, A.E., Bernhard, E., Kiehn, T.E. : Treatment of Infections in Patients with the Acquired Immunodeficiency Syndrome. Annals of Int. Med.vol 103, 1985, 738-743

Bundesamt für Gesundheitswesen (BAG), Eidgenössische Fachkommission für AIDS-Fragen, Nr. 21, 30.5.1985, 2.7.1985, Bern

Bundesamt für Gesundheitswesen (BAG), Fachkommission für AIDS-Fragen, Revidierte Richtlinien, Jan. 1986, Bern

Barré-Sinoussi, F., Chermann, J.C., Rey, F., Nugeyre, M.T., Chamaret, S., Gruest, J., Dauguët, C., Axler, C., Vezinet, F., Rouzioux, C., Rozenbaum, W.: Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). Science, vol 220, 1983, 868-871

Broder, S., Gallo, R.C.: A pathogenic retrovirus (HTLV-III) linked to AIDS The New England Journal of Medicine (New Engl. J. Med.) vol 311, 1984, 1292-1297

Brodt, H.R., Helm, E.B., Werner, A., Joetten, A., Bergmann, L., Klüver, A., Stille, W.: Spontanverlauf der LAV/HTLV III-Infektion. Deutsche Med. Wschr., Nr. 31/32. 1986, 1175-1180

Burk, D.S., Redfield, R.R., Chin, J., Cooper, L.Z., Davis, J.P., Friedland, G., Johnson, M.A., Abrams, D., Midvan, D., Tuazon, C.U., Price, R.W., Königsberg, C., Gottlieb, M.S.: Classification System for Human T-

Lymphotropic Virus Typ III / Lymphadenopathy-Associated Virus Infections, Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), vol 35, 1986, 334-339

Catterall, J.R., Potasman, I., Remington, J.S.: Pneumocystis carinii pneumonia in the patient with AIDS. Chest, vol. 88, 1985, 758-762

Centers for Disease Control: Update on Acquired immune Deficiency Syndrome (AIDS)- Unites States. vol 31, 1982, 507

Centers for Disease Control: Update. Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)- United States. MMWR, vol 33, 1984, 661-664

Centers for Disease Control Task Force on Kaposi's Sarcoma and Opportunistic Infections. Epidemiologic aspects of the current outbreak of Kaposi's sarcoma in Homosexual Men. New Engl. J. of Med., vol 306, 1982, 248-252

Curran, J.W.: The Epidemiology and Prevention of the Acquired Immunodeficiency Syndrome. Annals of Internal Medicine, 1985, 657-662

Des Jarlais, D.C., Friedman, S.R., Hopkins, W. : Risk Reduction for the Acquired Immunodeficiency Syndrome Among Intravenous Drug Users. Annals of Internal Medicine, vol 103, 1985, 755-759

Dobbins, W.O., Weinstein, W.H.: Elektron microscopy of the intestine and rectum in acquired immunodeficiency syndrome. Gastroenterology, vol 88, 1985, 738

Du Beau, C.E.: Risk of Transmission of HTLV-III by Needle Sick. New Engl. J. of Med. 1985, 1128

Flepp, M., Eidgenössische Fachkommission für AIDS-Fragen: AIDS und andere LAV-HTLV-III-assoziierte Krankheiten - eine aktualisierte Übersicht. Stand März 1986. Bundesamt für Gesundheitswesen, Bern

Friedman-Kien, A.E.: Kaposi Sarcoma and PCP Among Homosexual Men - New York and California, MMWR vol 30, 1981, 3o5

Francis, D.P., Jaffe, H.W., Fultz, P.N., Getchell, J.P., Mc Dougal, J.S., Feorino, P.M.: The natural history of infection with the lymphadenopathy-associated virus / human T-lymphotropic virus typ III. Ann. Int. Med., vol 103, 1985, 719-722

Friedland, G.H., Harris, C., Buctus, C., Shine, D., Moll, B., Darrow, W., Klein, R.S.: Intravenous Drug Abusers and the Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), Arch. Intern. Med. vol 145, 1985, 1413-1417

Friedland, G.H., Satzman, B.R., Rogers, M.F., Kahl, P.A., Lesser, M.L., Mayers, M.M., Klein, R.S.: Lack of Transmission of HTLV-III/ LAV Infection to Houshold Contacts of Patients with AIDS or AIDS-Related Complex with oral Candidiasis. New Engl. J. Med., vol 314, 1986, 344-349

Gallo, R.C., Salahuddin, S.Z., Popovoc, M., Shearer, G.M., Kaplan, M., Haynes, B.F., Palker, G., Foster, P., Markham, P.D.: Isolation of human T-cell leucemia virus in acquired immune deficiency syndrome (AIDS). Science, vol 220, 1983, 865-967

Gallo, R.C., Sarin, P.S., Gelmann, E.P., Robert, M., Richardson, E., Kalyanaraman, V.S., Mann, D., Sidhu, G.D., Stahl, R.E., Zolla, S., Leibowitch, J., Popovic, M.: Frequent detection and isolation of cytopathic retroviruses (HTLV III) from patients with AIDS and risk for AIDS. Science, vol 224, 1984, 500-503

Ginzbug, M.H.: Intravenous Drug Users and the Acquired Immuno Deficiency Syndrome. Public Health Reports, USA, vol 99, 1984, 206-212

Gisler, R.: Das Immunsystem. DIA-GM, 1983, 8-24

Goedert, J.J., Biggar, R.J., Weiss, S.H., Eyster, M.E., Melby, M., Wilson, S., Ginzburg, H.M., Grossman, R.J., Di Gioia, R.A., Sanches, W.C.: Three -year incidence of AIDS in five cohorts of HTLV-III-infected risk group members. Science, vol 231, 1986, 992-995

Gottlieb MS., Schroff, R., Schanker, H.M.: Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men. New Engl. J. Med., 1981, 305

Gottlieb MS., CDC: Pneumocystis pneumonia - Los Angeles. MMWR vol 30, 1981, 250

Grob, P.J.: Immundefekt bei AIDS, unveröffentlicht, 1986, Zürich

Guinan, M.E., Thomas, P.A., Pinky, P.F., Goodrich, J.T., Selik, R.M., Jaffe, H.W., Haverkos, H.W., Noble, G., Curran, J.W.: Heterosexual and Homosexual Patients with the Acquired Immunodeficiency Syndrome. Annals of Int. Med. 1984, 213-218

Ho, D.D., Rota, T.R., Schooley, R.T., Kaplan, J.C., Allan, J.D., Groopman, J.E., Resnick, L., Felsenstein, D., Andrews, C.A., Hirsch, M.S.: Isolation of HTLV-III from cerebrospinal fluid and neural tissues of patients with neurologic syndromes related to the acquired immunodeficiency syndrome. New Engl. J. Med. vol313, 1985, 1493-1497

Jordan, B.D., Navia, B.A., Petito, C., Cho, E.S., Price, R.W.: Neurological syndromes complicating AIDS. Front. Radiat. Ther. Onc., vol19, 1985, 82-87

Jürgens, R., Thun, F., Ackermann, R.: Erstmanifestation des "Acquired Immunodeficiency Syndrome" (AIDS) am Nervensystem. Der Nervenarzt, vol 56, 1985, 603-607

Klein, R.S., Harris, C.A., Small, C.B., Moll, B., Friedland, G.M.: Oral candidiasis in high risk patients as the initial manifestation of the

acquired immunodeficiency syndrome. New Engl. J. Med. vol 311, 1984, 354

Kurz, Th: Untersuchung über Spritzenabgabe im Drop in Zürich, unveröffentlicht, 1986, Zürich

Langone, J.: AIDS. Discover, 1985 28-53

Laurence, J.: The immune System in AIDS, Scientific American, vol 253, 1985, 70-79

Lawrence, M.: Haitians Linked to AIDS Epidemic. New York Native, 1982

Levy, J.A., Hollander, H., Shimabukuro, J., Mills, J.F., Kaminsky, L.: Isolation of AIDS-associated retroviruses from cerebrospinal fluid and brain of patients with neurological symptoms. The Lancet, Sept. 1985, 586-588

Levy, N., Carlson, J.R., Lerche, N., Schenker, M., Gardner, M.B.: The Prevalence of HTLV-III / LAV Antibodies among intravenous Drug Users attending treatment programs in California: A preliminary Report. New Engl. J. Med., vol 314, 1986, 446

Luft, B.J., Brooks, R.G., Conley, F.K., McCabe, R.E., Remington, J.S.: Toxoplasmic encephalitis in patients with acquired immune deficiency syndrome. JAMA, vol 252, 1984, 913-917

MacNeil-Lehrer Report: AIDS - The Mysterious Disease. Transcript No. 1804, 1982

Marmor, M., Des Jarlais, D.C., Friedman, S.R., Lyden, M., El Sadr, W.: The Epidemic of Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) and Suggestions for its Control in Drug Abusers. Journal of Substance Abuse Treatment, vol 1, 1984, 237-247

Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR): Update treatment of cryptosporidiosis in patients with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). MMWR, vol 33, 1984, 117-119

Montagner, L., Dauguet, C., Axler, C.: A new type of retroviruses isolated from Patients presenting with lymphadenopathy an acquired immune deficiency syndrome: Structural and antigenetic relatness with equina infectious anemia virus. Ann. Virol (Inst. Pasteur), 1984, 119-134

Nurnberg, H.G., Prudic, J., Fiori, M., Freedman, E.P.: Psychopathology Complicating Acquired Immune Deficiency Syndrome, vol 141, 1984, 95-95

Peterman, T.A., Drotman D.P., Curran, J.W.: Epidemiology of the Acquired Immunodeficiency Syndrome. Epidemiologic Reviev, vol 7, 1985, 1-21

Petito, C.K., Navia, P.K., Cho, E.S., Jordan, B.D., George, D.C., Price, R.W.: Vacuolar myelopathy pathologically resembling subacute degeneration in patients with the acquired immunodeficiency syndrome. New Engl. J. Med., vol 312, 1985, 874-879

Pichler, W.J., Emmendorfer, A., Peter, H.H., Deichner, H.R., Fontana, A., de Weck, A.L.: Analyse von T-Zell-Subpopulationen. Schweiz. med. Wschr. 1115, 1985, 534-550

Pohle, H.D., Eichenlaub, D.: Infektionen des Zentralnervensystems bei AIDS. Münch. med. Wschr., vol 31, 1985, 756-759

Redfield, R.R., Markham, P.D., Salahuddin, S.Z., Sarngadharan, M.G., Wright, D.C., Gallo, R.C.: Heterosexual promiscuity: An emerging risk faktor for HTLV III disease. Abstract. Int. Conference on AIDS, Alabama, 1985

Report of the CDC task force on Kaposi sarcoma and opportunistic infections: Epidemiologic aspects of the current outbreak of Kaposi

sarcoma and opportunistic infections. *New Engl. J. Med.*, vol 306, 1982, 248-252

Safai, B., Johnson, K.G., Myskowski, P.L., Koziner, B., Yang, S.Y., Cunningham, S., Godbold J.H., Dupont, B.: The Natural History of Kaposi Sarcoma in the Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Ann. of Int. Med.*, vol 103, 1985, 744-750

Schaad, U.B.: AIDS in pediatric Patients. *Helv. Pediatr. Acta*, vol 40, 1985, 249-260

Schüpbach, J., Vogt, M., Bhushan, R., Lüthi, R., Haller, O., Ferber, T., Büchner, S., Schuppli, R., Schädelin, R., Hirschel, B., Cruchard, A., Stround, J., Frei, P., Glauser, M.P.: Prävalenz von Antikörpern gegen HTLV-III in verschiedenen Regionen der Schweiz. *Schweiz. med. Wschr.*, vol 115, 1985, 1048-1054

Schüpbach, J., Haller, O., Vogt, M., Lüthi, R., Joller, H., Oelz, O., Popovic, M., Samgadharan, M.G., Gallo, R.C.: Antibodies to HTLV-III in Swiss Patients with AIDS and Pre-AIDS and in Groups at Risk for AIDS. *New Engl. J. Med.*, vol 312, 1985, 265-270

Seligmann, M., Chess, L., Fahey, J., Fauci, A.S., Lachmann, P.J., L'Age, J., Ngu, J., Pinching, A.J., Rosen, F.S., Spira, T.J., Wybran, J. : AIDS - An Immunologic Reevaluation. *New Engl. J. Med.*, 1984, 1286-1292

Sharer, L.R., Kapila, R.: Neuropathologic Observations in Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), *Acta Neuropathologica*, vol 66, 1985, 188-198.

Snider, W.P., Simpson, D.M., Nielsen, S., Gold, J.W., Metroka, C.E., Posner, J.B.: Neurological Complications of Acquired Immunodeficiency Syndrome: Analysis of 50 Patients. *Annals of Neurology*, vol 14, 1983

Stüttgen, G., Haas, N., Marsch, W.C.: Früherkennung des Kaposi-Sarkoms bei AIDS. Med. Klin., vol 79, 1984, 222-229

Uchtenhagen, A., Zimmer, D.: "Normal" oder Opiatabhängig . In: Heroinabhängige und ihre "normalen" Altersgenossen. Haupt-Verlag, Bern, 1985

Vogt, M., Lüthi, R., Siegenthaler, W., Oelz, O., Ferber, T., Bettex, J.D., Joller, P.: Erworbenes Immunmangelsyndrom (AIDS) in der Region Zürich. Schweiz. med. Wschr., vol 114, 1984, 1314-1326

Vogt, M., Lüthi, R.: AIDS: Aktuelle Situation und heutiger Wissensstand. Ther. Umschau, Band 42, 1985, 798-804

Vogt, M., Lüthi, R., Siegenthaler, W.: Das erworbene Immunmangelsyndrom (AIDS). Eine Bilanz nach vier Jahren. Schweiz. med. Wschr., vol 115, 1985, 665-671

Vogt, M., Lüthi, R., Bircher, A., Furger, F., Lang, W., Maurer, R., Siegenthaler, W.: Heterosexuelle Übertragung des erworbenen Immunmangelsyndroms (AIDS). Deutsch. med. Wschr., Nr. 93, 1985, 1483-1485

Volberding, P.A.: The Problem of Kaposi's Sarcoma - diagnosis and treatment. Front. Radiat. Ther. Onc., vol 19, 1985, 91-98

Weber, R.: Empirische Katamnese der Methadonbehandlung Opiatabhängiger bei Hausärzten im Kanton Zürich, 1983, Zürich

Werner, A.: Klinischer Verlauf und serologische Parameter bei einer akuten HTLV-III /LAV-Infektion. AIDS-Forschung (AIFO), 1986. BRD

Wofford, D.T., Miller, R.I.: Acquired immune deficiency syndrome (AIDS): disease characteristics and oral manifestations. JADA, vol 111, 1985, 258-261

Wofsy, C.B.: Pneumocystis carinii pneumonia. Front. Radiat. Ther. Onc., vol 19, 1985, 74-81

Zumbrunnen, R., Fauchere, P.A., Arpin, J., Dubois, J., Piccot, J.J.: Aspects psychiatriques du SIDA. Schweiz. Rundschau Med. (Praxis), vol 73, 1984, 1311-1312.

Dissertation über

DAS PROBLEM " AIDS " IN DER STATIONÄREN DROGENREHABILITATION

Umfrage in allen Therapeutischen Gemeinschaften (TG) in der Schweiz, die sich mit der Drogenrehabilitation beschäftigen.

Marco Olgiati
Assistenzarzt
Sozialpsychiatrischer Dienst
Militärstr. 8
8004 Zürich

Tel: 01 / 242 22 64

Fragebogen- Nummer:

Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens

1. Fragen mit (.....) sind mit den entsprechenden Zahlen zu versehen.
2. Bei Fragen mit ☐ ist das Zutreffende anzukreuzen.
3. In Frage 10 sind Mehrfachantworten möglich.
4. Wo Aufzählungen gewünscht sind, sind sie in Form von Stichworten möglich.

1.1.	Wieviele drogenabhängige Bewohner betreuen Sie heute?		(.....)	
1.2.	Davon sind:	Fixer: (.....)	Männer: (.....)	
			Frauen: (.....)	
		Nichtfixer: (.....)	Männer: (.....)	
			Frauen: (.....)	
1.3.	Wieviele Betten haben Sie insgesamt zur Verfügung?		(.....)	
1.4.	Wieviele Stellenprozente stehen insgesamt zur Verfügung?(1 Stelle=100%)		(.....)	
1.5.	Wieviele Mitarbeiter teilen sich die Stellen?		Anzahl Personen: (.....)	
			Männer: (.....)	
			Frauen: (.....)	
2.1.	Ist für das Bewerbungsgespräch für eine Aufnahme in Eure TG ein HTLV-3-Test ("AIDS-Test") obligatorisch?			
	Ja:			☐
	Nein:			☐
2.2.	Wird beim Eintritt in die TG als Eintrittsuntersuchung ein HTLV-3-Test veranlasst?			
	Ja, obligatorisch:			☐
	Nein, praktisch nie:			☐
	Freiwillig, auf Verlangen des/der Eintretenden			☐
2.3.	Werden die Bewohner/Innen während des Aufenthalts in der TG motiviert, sich testen zu lassen?			
	Ja, immer:			☐
	Nein, praktisch nie:			☐
	Hin und wieder, falls Verdacht:			☐
	Entfällt, da Test obligatorisch:			☐
2.4.	Müssen sich die Bewohner/Innen gegenseitig über ihre "AIDS-Testresultate" informieren?			
	Ja, immer, falls Resultat bekannt:			☐
	Nein, es ist den Einzelnen überlassen:			☐
	Freiwillig, es wird jedoch ein gewisser psychologischer Druck ausgeübt:			☐
3.1.	Hat das Resultat des HTLV-3-Tests Auswirkungen auf die Auswahl der zukünftigen Bewohner?			
	Ja:			☐
	Nein:			☐
3.2.	Falls Ja: "Testnegative" werden "Testpositiven" vorgezogen:			☐
	"Testpositive" werden nicht aufgenommen:			☐
4.1.	Gibt es ein spezielles AIDS-Verhaltensmerkblatt?			
	Ja:			☐
	Nein:			☐
	(falls Ja: bitte beilegen)			
4.2.	Hat die Diskussion um AIDS Aenderungen im Umgang mit der Sexualität innerhalb der TG bewirkt?			
	Ja, grundlegende:			☐
	Nein, keine wesentlichen:			☐
4.3.	Wenn Ja: Welche?			
	1.			
	2.			
	3.			

- 4.4. Wie war es vor der Zeit, als AIDS bekannt wurde? (vor 1984)
- Sexualität: Erlaubt: ☐
- Verboten: ☐
- Geduldet: ☐
- 4.5. Macht Ihr Präventions- und "Safe-Sex"- Beratungen?
- Ja, offiziell: ☐
- Nein, praktisch nie: ☐
- Nur bei Bedarf: ☐
- 4.6. Werden die Bewohner/Innen in Eurer TG motiviert, ihre Partner/Innen über das Resultat des Testbefundes aufzuklären?
- Ja, wir raten generell dazu: ☐
- Nein, wir überlassen die Verantwortung ganz den Bewohner/Innen: ☐
- Wir reden darüber nur, wenn es Probleme gibt: ☐
- 5.1. Bei wievielen Bewohner/Innen ist der HTLV-3-Test gemacht und das Resultat Euch bekannt? (.....)
- 5.2. Bei wievielen ist er positiv? (.....)
- 5.3. Bei wievielen ist er negativ? (.....)
- 5.4. Bei wievielen ist das Resultat unbekannt? (.....)
- 5.5. Wieviele haben den Test nicht gemacht? (.....)
- 6.1. Haben Sie 1985/86 Bewohner/Innen beherbergt, die von einem Arzt diagnostizierte AIDS-Krankheitssymptome zeigten?
- Ja: ☐
- Nein: ☐
- 6.2. Wenn Ja: Wieviele? (.....)
- 6.3. Können an AIDS Erkrankte, die nicht pflegebedürftig sind, weiter in Eurer TG bleiben?
- Ja: ☐
- Nein: ☐
- 7.1. Sind 1985/86 BewohnerInnen mit einem positiven HTLV-3-Test schwanger geworden?
- Ja: ☐
- Nein: ☐
- 7.2. Wenn Ja: Wieviele? (.....)
- 7.3. Wieviele davon haben das Kind ausgetragen? (.....)
- 8.1. Wie wirkt sich Ihrer Meinung nach die AIDS-Problematik auf die Entzugsmotivation der HTLV-3-positiven Fixer aus?
- Motivierend: ☐
- Entmutigend: ☐
- Keine psychologische Wirkung: ☐
- 8.2. Wie wirkt sich Ihrer Meinung nach die AIDS-Problematik auf die Entzugsmotivation der HTLV-3-negativen Fixer aus?
- Motivierend: ☐
- Entmutigend: ☐
- Keine psychologische Wirkung: ☐

9.1. Steht Euch eine medizinische Informationsperson zur Verfügung?

Ja:
Nein:

9.2. Wenn Ja: Was für eine?

1.

2.

9.3. Wie ist Euer Informationsstand betreffend "AIDS"?

Gut:
Befriedigend:
Schlecht:

10. Wo gibt es Schwierigkeiten an der Grenze TG - "Aussenwelt" in Bezug auf "AIDS"?

Hier sind Mehrfach -
Antworten möglich!

1. Mit den Leuten der Umgebung
2. Mit Beziehungspartner/innen der Bewohner/innen.
3. Mit Angehörigen der Bewohner/innen
4. Mit Aerzten/Zahnärzten
5. Bei Dienstleistungen
6. Beim Verkauf eigener Produkte
7. In Restaurants
8. Im Schwimmbad
9.
10.

11. Was macht Euch am meisten Schwierigkeiten in Zusammenhang mit "AIDS"?

1.
2.
3.
4.
5.

12. Was wünscht Ihr Euch, um mit der "AIDS"-Problematik besser umgehen zu können?

12.1. Innerhalb der TG:

1.
2.
3.

12.2. Im Umfeld der TG:

1.
2.
3.

13.1. Haben sich die Betreuer auch testen lassen?

Ja, alle, obligatorisch:
Ja, freiwillig:
Nein:

13.2. Falls freiwillig: Wieviele? (.....)

13.3. Veränderte sich für Euch die Einstellung zur Arbeit mit Jugendlichen durch die Konfrontation mit "AIDS" und damit mit Krankheit und Tod?

Ja, wesentlich:
Nein, praktisch nicht:

13.4. Falls Ja: Wie?

1.
2.
3.

13.5. Veränderte sich die Arbeitspraxis im Umgang mit den Bewohner/innen nach Bekanntwerden von "AIDS"?

Ja, wesentlich:
Nein, praktisch nicht:

13.6. Wenn Ja: In welchen Bereichen? 1.

2.
3.

ANHANG

14.1. Wie wurde der Fragebogen ausgefüllt?

1. Durch den Leiter/in:
2. Durch ein Teammitglied
3. Durch mehrere Teammitglieder
4. Durch das ganze Team:
5. Durch Teammitglieder und Bewohner/innen
6. Anders

14.2. Entspricht die Erfassung des Status quo betreffend dem Umgang mit der Krankheit "AIDS" einem Bedürfnis Eurerseits?

Ja:
Nein:

- Wieso?
1.
 2.
 3.

Ich danke Euch bestens für Eure Mitarbeit !

CURRICULUM VITAE

Ich wurde am 21.2.1953 in Chur geboren und besuchte dort Primar-, Sekundar- und Oberrealschule, die ich mit der Matura Typ C 1973 abschloss.

1973 begann ich an der Universität Zürich Medizin zu studieren und beendete das Studium 1980 in Zürich mit dem medizinischen Staatsexamen .

Seither arbeitete ich als Praxisvertreter, als Assistenzarzt in der Psychiatrischen Klinik Schlössli, Oetwil am See und im Sozialpsychiatrischen Dienst der Psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli in Zürich. Zurzeit absolviere ich das Fremdjahr auf der Abteilung für Rheumatologie und Rehabilitation im Stadtspital Triemli, Zürich.

